

あおいクリニック 外来問診票

フリガナ 氏名	生年月日 大 昭 平 令 年 月 日 (歳)	性別 男 女
電話番号 (自宅)	(携帯)	
住所 (〒 -)		

喫煙 有 無 飲酒 有 無 妊娠 有 無 授乳 有 無 生理中

【泌尿器科】

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 頻尿 (おしっこが近い) | <input type="checkbox"/> 尿路結石が気になる・腰が痛い |
| <input type="checkbox"/> 血尿 (おしっこに血が混ざる) | <input type="checkbox"/> がんが気になる (前立腺がん・膀胱がんなど) |
| <input type="checkbox"/> 残尿感 (おしっこが残る感じ) | <input type="checkbox"/> 性感染症 (排尿痛・膿がでる・検査希望) ※男性のみ |
| <input type="checkbox"/> 排尿痛 (おしっこする時痛い) | <input type="checkbox"/> 精液に血が混ざる |
| <input type="checkbox"/> 排尿困難 (おしっこが出にくい) | <input type="checkbox"/> 性器が気になる (包茎・発疹・かゆみ等) ※男性のみ |
| <input type="checkbox"/> 尿もれ | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い・不快 | |

【内科】

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 胃痛・腹痛・嘔吐・吐き気 | <input type="checkbox"/> 高血圧・糖尿病・高脂血症・高尿酸血症 |
| <input type="checkbox"/> 下痢・便秘・血便 | <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 (いびき・日中の眠気) |
| <input type="checkbox"/> がんが気になる | <input type="checkbox"/> 男性更年期障害 |
| <input type="checkbox"/> 健康診断で再検査 (項目) | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 風邪症状 (発熱 °C・咳・鼻水・痰) ⇒新型コロナウイルス対策のため事前連絡・相談必須 | |

【自費診療】

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 | <input type="checkbox"/> E D (勃起不全) |
| <input type="checkbox"/> にんにく注射 | <input type="checkbox"/> A G A (男性型脱毛症) |
| <input type="checkbox"/> 白玉注射 | <input type="checkbox"/> 男性ブライダルチェック |

■上記の項目が気になるのはいつ頃からですか? ()

■薬や注射、食べ物などでアレルギーはありますか?

なし 薬・注射() 食べ物() 喘息 その他()

■今までにかかった大きな病気・手術を教えてください。 無 有(下記にご記入ください)

年 月頃 病名 病院名

年 月頃 病名 病院名

■現在治療中の病気、服用中の薬はありますか? 無 有(お薬手帳があれば一緒にお出しください)

病名 病院名 服用中の薬

病名 病院名 服用中の薬

病名 病院名 服用中の薬

■当院のことを何でお知りになりましたか? (丸で囲ってください。)

ホームページ・チラシ・タウン紙・家族や知人のご紹介() 様)・他院の紹介・他()