

# 問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才  
〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

★尿検査をする場合がありますので、排尿をせずにお待ちください。  
(トイレに行きたい場合はスタッフまでお知らせください。)

★本日受診された目的について、○をつけてください

- ( ) 風邪症状 (咳・鼻水・咽頭痛・発熱・倦怠感・関節の痛み)  
( ) 性器にできもの や 症状 (かゆみ・腫れ・痛み コンジローマ ヘルペス )  
( ) 排尿の異常 (排尿痛・残尿感・頻尿・血尿・排尿時違和感・尿道から膿がでる)  
( ) 性病の検査  
( 梅毒 ・ HIV ・ 淋菌 ・ クラミジア ・ のど淋菌 ・ のどクラミジア  
B型肝炎 C型肝炎【以上の項目に関してはAM受診の場合即日結果がでます】  
カンジタ ・ トリコモナス ・ ウレアプラズマ ・ マイコプラズマ )  
\*HIVは即日結果希望でなければ、年に1回無料で検査を受けることができます。  
☆淋菌とクラミジアの検査結果を即日希望の場合は尿道からの分泌物採取が必要です。

( ) 性病の治療 ( 淋菌 クラミジア 梅毒 → 他院で診断 または パートナーが診断された )

★上記の症状はいつ頃からありますか？

- ( ) 薬希望 (シアリス ・ レビトラ ・ シルデナフィル)  
( ) 注射希望 ( 筋肉増強剤 、 男性ホルモン 、 女性ホルモン 、 ビタミン、 プラセンタ )  
( ) 予防接種 (インフルエンザ 麻疹 風疹 B型肝炎 )  
( ) プライダルチェック  
( ) 精液検査  
( ) 他院からの紹介 ☆紹介状 診断書 検査データなど持参あり  
( ) その他

★あなたの現在の状態をできる限り詳しくご記入ください

- ・今までに大きな病気や手術を受けられたことはありますか？(年齢・病名・治療内容など)  
いいえ・はい ( )  
・現在、治療中の病気はありますか(病名・治療内容など)  
いいえ・はい ( )  
・現在、飲んでいる薬はありますか？  
( )  
・薬や注射、食べ物のアレルギーはありますか？(花粉・ぜんそく・小児ぜんそく 等)  
いいえ・はい ( )

★気になること、相談あれば自由にお書きください