

〈問診票〉

記入日 年 月 日

| | | | |
|--|-----------------|--------|-------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 | | |
| 自宅電話番号 | | 携帯電話番号 | |
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| 喫煙されますか？ | いいえ ・ はい (一日 本) | | |
| お酒はのみますか？ | いいえ ・ はい (一日 杯) | | |
| お薬手帳はお持ちですか？ | はい ・ いいえ | 職業 | |
| 紹介元の医療機関 | 医療機関() 医師() | | |
| 1・本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？○をつけてください。 ・プラセンタ (メルスモン ・ ラエンネック) ・ ビタミン注射 ・ED シルデナフィル:()錠 ・ シアリス:()錠 ・AGA フィナステリド:()箱 ・ ザガーロ:()箱 ・その他() | | | |
| 2・以前に同様の治療をしたことがありますか？ なし / あり 時期() 場所() 治療内容() | | | |
| 3・当院をどこでお知りになりましたか？あてはまるものがあれば○を付けてください。 ・当院掲示板 ・家族・友人等の紹介 ・ホームページ ・その他() また、当院を選んだ理由を教えてください。 () | | | |
| 4・今までにかかった病気がありますか？現在、通院されていますか？ | | | |
| 5・現在服用している薬はありますか？どの医療機関で処方を受けていますか？ | | | |
| 6・今までに手術をした経験はありますか？ ()年()、()年() | | | |
| 7・薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ある場合は記入してください。 薬() 食べ物() | | | |
| 8・女性の方のみお答えください。 妊娠されていますか？ いいえ・わからない・はい(週目) 授乳中ですか？ いいえ・はい | | | |

ご協力ありがとうございました。お薬手帳をお持ちの方は、受付にお渡してください。

おかけになって、お呼びするまでしばらくお待ちください。気分の悪い方は受付までお申し出ください。