

若葉台みらいクリニック 問診票

皮膚科・泌尿器科

フリガナ _____ 生年月日：____年 ____月 ____日生 ご年齢：____歳
お名前：_____ ご職業：_____ 体重：____kg
(〒 _____) 携帯 _____
ご住所：_____ 連絡先 _____

1.いつから症状が出ていますか？ _____年 ____月 ____日 頃から

2.どのような症状でお困りですか？

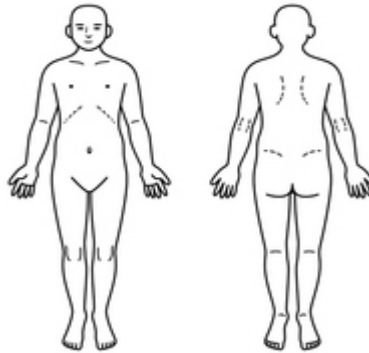
皮膚科

- 皮膚に痛みがある
- 皮膚にかゆみがある
- 脱毛希望
- しみを治したい
- ニキビ
- はれものがある
- ホクロ
- AGA
- その他

泌尿器科

- 尿が出づらい
- 尿を出す時痛みがある
- 残尿感がある
- 何度もトイレに行く
- 尿が漏れる
- 血尿が出る
- 腹痛、腰痛、背部痛
- 前立腺が心配
- ED

3.治療ご希望部位はどこですか？



4.どこか他院で診てもらいましたか？ いいえ はい [診断名： _____ 薬名： _____]

5.現在、治療中の病気はありますか？ いいえ はい [病名： _____]

6.現在、内服している薬はありますか？ いいえ はい [_____]

7.過去に大きな病気・手術はありましたか？ いいえ はい [_____]

8.薬のアレルギーはありますか？ いいえ はい [_____]

9.現在、妊娠していらっしゃいますか？ いいえ はい [妊娠： _____ ヶ月]

授乳中ですか？ いいえ はい [お子様： _____ 歳 _____ ヶ月]

10.当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

- ホームページ
- 通りがかり
- 人から聞いて