

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 本日の体温 ____℃

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 (IPL 等)
- ☐ ニキビ
- ☐ はれものがある
- ☐ ホクロ
- ☐ AGA
- ☐ 美容点滴・注射
- ☐ その他

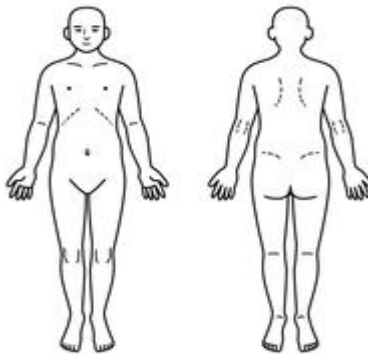
泌尿器科

- ☐ 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
- ☐ その他

上記で「その他」に○をされた方は症状をお書き下さい

[_____]

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〔薬： _____ 症状： _____〕

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