

# 問診票（自費診療）

(ふりがな)	性別	生年月日	年齢
お名前	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	
ご住所 〒 -			

※下記の項目について記入もしくはチェックしてください。

・どちらで当院を知りましたか？

- インターネット       知人の紹介       駅看板・電車広告       以前のかかりつけ医  
 当院の前を通過       チラシをみて       電柱看板をみて       その他（      ）

・本日はどんな症状で、ご来院されましたか？

- EDの相談       注射の相談       脱毛の相談       自費商品購入希望  
 AGAの相談       点滴の相談       しみの相談       自費検査希望  
 男性不妊の相談       アクアピーリングの相談  
 男性更年期障害の相談       その他（      ）

・いつ頃からですか？

- 今日       （      ）日前       （      ）年前       不明       その他（      ）

・薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- なし       あり（      ）

・お酒は飲みますか？

- いいえ       はい（ 毎日・ 時々）

・タバコは吸いますか？

- いいえ       はい（      本/1日×      年間）

・現在飲んでいるお薬はありますか？ ※ありとお答えになった方→お薬手帳持参の方はご提示ください。

- なし       あり（      ）

・過去に病気、手術をしたことがありますか？

- なし       あり（      ）

・（男性の方）診察のご希望はありますか？

- 通常通りの診察       医師のみのプライベートな診察希望

・（女性の方）のみお答えください

- 生理中       妊娠中（      ヶ月）または（      週目）       授乳中       閉経後

・備考欄（他に何か先生にお伝えしたいことがありましたらご記入ください。）

（      ）