

# 問 診 票 (男性用：16歳以上)

お名前	フリガナ ( )	性別	(男) ・ 女	配偶者	有 ・ 無
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	職業		年齢	歳
自宅電話番号			携帯電話番号		

## ① 具合の悪いところについて

● 症状のはじまりはいつからですか？

今日    昨日    数日前    1～2週間前    その他 ( )

● 自覚症状はありますか？    ない    ある (ある方は下記も記入)

かゆい    痛い    痛がゆい    さわると痛い    押すと痛い

違和感がある    その他 ( )

⇒ かゆみのある方    我慢できる    かいてしまう    眠れないほど かゆい

⇒ 痛みのある方    我慢できる    痛み止めがほしい    眠れないほど 痛い

## ② 体質や体調について

● アレルギーはありますか？    ない    ある (ある方は下記も記入)

薬    注射    食べ物    花粉・植物    金属

ぜん息    鼻炎    結膜炎    その他 ( )

● 過去、半年以内に性感染症になるような機会がありましたか？

あった    ない    わからない    その他 ( )

● A G A (男性頭部の薄毛) 治療の希望はありますか？

ある    ない    相談したい

● 前立腺肥大と診断されたことがありますか？

ある    ない

● 緑内障と診断されたことがありますか？

ある    ない

## ③ その他

● 現在、かかっている病気や使用している薬はありますか？

病名 ( )

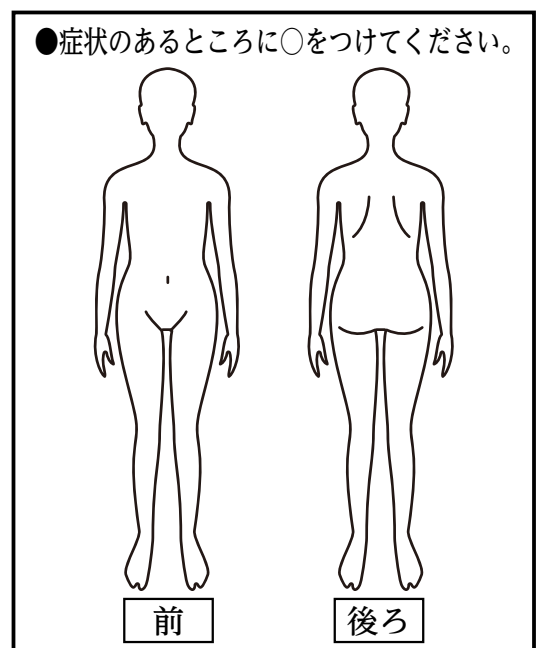
薬名 ( )

● これまでに、入院するような大きな病気にかかったことがありますか？

ある    ない

● その他、心配な症状や相談したいことはありますか？

( )



ご回答ありがとうございました。  
診察までしばらくお待ちください。