

性感染症 問診票

氏名	フリガナ		
生年月日	T・S・H	年 月 日	身長・体重
電話番号	携帯電話:		
住所	〒		

- ① 薬のアレルギーはありますか？ はい いいえ
 薬品名 ()
- ② 過去にかかったことのある病気（風邪以外）はありますか？ はい いいえ
 病名 ()
- ③ 現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ
 病名 ()
- ④ 現在服薬中の薬はありますか？ はい いいえ
 薬品名 ()

⑤ いつくらいから症状が出ましたか？

⑥ どんな症状ですか？□に✓をつけてください。

- 排尿時痛・違和感
 膿が出る
 陰部のしこり
 陰部のかゆみ
 陰部の痛み
 手足・体の発疹
 症状なし
 その他 ()

⑦ 思い当たる行為があったのはいつくらいですか？

※最後に、当院を知ったきっかけを教えてください。□に✓をつけてください。

パソコン検索（該当するものに○ → Yahoo Google その他）

検索ワード: _____

スマホ検索（該当するものに○ → Yahoo Google その他）

検索ワード: _____

口コミ

知人の紹介

看板

ご協力ありがとうございました。