ますえクリニック問診票（男性用）

フリガナ お名前	生年月日 明　大 昭　平　　年　　月　　日	歳
ご自宅　　（　　）	携帯電話　　ー　　ー	
ご住所　〒　　ー		

① 受診理由

□排尿回数が多い
□尿が出にくい
□尿に血が混じる
□尿が出るとき痛い
□残尿感がある
□検診で異常を指摘された
（　　）
□陰部がかゆい
□背中・腰が痛い（　右　・　左　）
□その他

□熱が出た
□陰茎（ペニス）の異常
□勃起障害（ED）
□手術希望
（　包茎手術・パイプカット　）
□男性型脱毛症（AGA）の治療希望
□精液に血が混じる
□性感染症の検査希望

（　　）

②現在治療中の病気　→　（　有　・　無　）

□高血圧　□糖尿病　□腎臓病　□肝臓病　□認知症　□緑内障
□心疾患（　　）　□脳血管障害（　　）　□呼吸器疾患（　　）
□神経疾患（　　）　□精神疾患（　　）　□その他（　　）

③今までにかかった病気・手術　→　（　有　・　無　）

（　　）

④かかりつけ医　→　（　有　・　無　）

（　　）

⑤現在内服中の薬（お薬手帳をお持ちの方は受付へ提出して下さい）

（　　）

⑥アレルギー　→　（　有　・　無　）

□抗生剤　□造影剤　□アルコール　□イソジン消毒　□その他　（　　）

⑦身長＿＿＿＿cm　　体重＿＿＿＿kg

⑧当院への交通手段について

□徒歩　　□自転車　　□送迎　　□自家用車（駐車場利用）　□公共交通機関（バス・電車）