

予 診 表

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) 歳

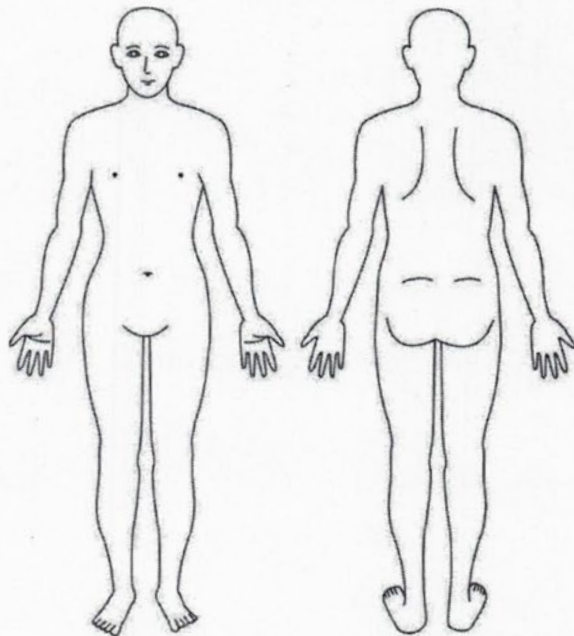
西暦何年生まれですか? \_\_\_\_\_ 年

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 自宅 \_\_\_\_\_ ( )

携帯 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg



該当する部位に○を付けて下さい

1. 今日の症状と部位を教えてください。

症状

2. それはいつ頃からですか

3. 今まで大きな病気をしたことがありますか

4. 今まで大きな手術を受けたことがありますか?

5. 現在、治療している病気はありますか?

ない ある(病名 \_\_\_\_\_)

6. 現在、飲んでいる薬はありますか?

ない ある(薬名 \_\_\_\_\_)

7. 毎日の生活状況について

食欲(旺盛、普通、なし) 睡眠(普通、不眠) 便通(普通、下痢、便秘)

たばこ(吸わない、吸う \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 本/日)

アルコール(飲まない、飲む \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ ml・合/日)

8. 食べ物や、造影剤に対するアレルギーがありますか?

ない ある:(何に対するアレルギーですか? \_\_\_\_\_)

9. 女性の方へ

現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか? (ない、ある)生理(順、不順、閉経) 最終月経( \_\_\_\_\_ 年 月 日から \_\_\_\_\_ 日間)

10. 男性の方へ

ED(男性機能障害)治療希望ですか?

はい いいえ