

# 問診票 (男性)

記入日: \_\_\_\_\_

ID : \_\_\_\_\_

フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
お名前		身長	cm	体重	kg
フリガナ					
自宅住所	〒 -- 都道府県 市区町村				
電話番号	自宅番号 -- --		携帯電話番号 -- --		

今日はどうなさいましたか？

- 熱がある  
 痛みなど (部位 \_\_\_\_\_)  
 子供がほしい  
 ブライダルチェック  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

結婚されていますか はい・いいえ・離別・予定あり

今までにかかった病気や手術に関してご記入ください

- (1) \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_  
 (2) \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_  
 (3) \_\_\_\_\_ (6) \_\_\_\_\_

アレルギー (薬なども含め) はありますか

- (1) \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_  
 (2) \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_  
 (3) \_\_\_\_\_ (6) \_\_\_\_\_

喫煙はしますか あり・なし ありの方は1日の喫煙量 ( \_\_\_\_\_ )

診察に対する要望などありましたらご記入ください