

問診票（男女共通）

名前 _____ (性別：男・女) (年齢 _____) (生年月日：S _____ 年 _____ 月 _____ 日)

①パートナーと一緒に受診ですか はい ・ いいえ

②受診の理由

[_____]

③ご自身では②の原因はなぜだと思いますか

[自分
パートナー
その他 (_____)] が [_____] だから

④ご職業

(_____)

⑤いままでに病気や手術をしたことがありますか (あれば具体的に)

なし ・ あり (_____)

⑥現在服用中の薬はありますか (あれば具体的に)

なし ・ あり (_____)

⑦アレルギーはありますか

なし ・ あり (_____)

⑧たばこは吸いますか

吸わない ・ 吸う { (_____) 才より1日約 (_____) 本
現在1日 (_____) 本くらい

⑨ご家族（血縁）に以下の病気の人はいますか

糖尿病 ・ 高血圧 ・ ガン ・ 遺伝性疾患 ・ 精神疾患