

性機能ケア 問診票

氏名（フリガナ）： （漢字）：	性別： 男 ・ 女 ・ その他	年齢： 歳
	生年月日： 年 月 日	
職業：	身長： cm	体重： kg
住所： 〒	電話：	

- ◎マイナ保険証による診療情報提供取得に同意されますか？ はい ・ いいえ
- ◎他の医療機関からの紹介状をお持ちでしょうか？ はい ・ いいえ

◎本日はどうされましたか？

①どのような症状がありますか？ 当てはまるものすべてに○をつけてください。

男性の症状

- ・ 勃起力の低下 ・ 膣のなかで射精できない ・ すぐ射精してしまう
- ・ 射精するときに痛い ・ 性欲の低下
- ・ 男性ホルモン低下が心配 ・ 男性ホルモンの補充を希望する

女性の症状

- ・ 性交時に痛みがある ・ 膣が濡れにくい ・ 挿入困難
- ・ 性欲の低下

その他

- ・ その他に気になる症状があればご記入ください。

（ ）

◎今までにかかった病気はありますか？ ない ・ ある

病名 （ ）

手術 （いつ頃： 、手術名： ）

◎現在のんでいる薬はありますか？ ない ・ ある

くすりの名前 （ ）

※おくすり手帳をお持ちの方はお見せください

◎のみ薬や注射、食べ物などで合わなかったことがありますか？ ない ・ ある

合わなかったお薬などの名前 （ ）

◎【女性の方のみ】現在妊娠していますか？ いいえ ・ はい

現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

当院はオンライン資格確認を行う体制を有しており、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

初診時	医療情報取得加算（マイナ保険証の提示に有無に関わらず）	1点
再診時	医療情報取得加算（マイナ保険証の提示に有無に関わらず）	1点（3か月に1回）