性機能ケア　問診票

年　　月　　日

氏名（フリガナ）：	性別：　男　・　女　・　その他	年齢：　　歳
（漢字）：	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

◎診察の順番が来ましたら、待合室では「お名前」ではなく「診察券番号」での呼び出しを希望されますか？

診察券番号での呼び出しを希望する　・　お名前での呼び出しで構わない　・　どちらでもよい

◎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〇をつけてください。

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　（　　）

◎どうやってこのクリニックを知りましたか？（複数回答可）

・通りがかり　・ホームページを見た　・友人や家族から聞いた　・医師からの紹介

◎【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。

ながら泌尿器科