

受付番号 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ここは空白で結構です)	生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	男 ・ 女
氏名(ひらがな)	住所					
氏名(漢字)	お子様の場合……呼び名・愛称……					
自宅電話番号	()	—	携帯番号	—	—	—

緊急連絡時（のみ薬中止の指示の時など）携帯につながらなかった場合、

自宅電話にかけてもいいですか？……………よい ・ 困る

【1ページ】インターネット版 問診表です。必要ページをプリントし、ご記入下さい。

……………ここまでは全員ご記入下さい……………

★下枠内①～④をご希望の方は○をつけて受付係にお渡し下さい。 それ以下の設問は不要です。

① ピアス	②毛 ひきしめ 穴	③男性の うす毛	④巻き爪 矯正
----------	-----------------	-------------	------------

★下枠内⑤～⑩をご希望の方は○をつけた後、それぞれの下段に記載のページをプリントし、必要事項を記入し受付係へお渡し下さい。

⑤ レーザー 脱毛	⑥ しみ	⑦ しわ	⑧ 小顔 うめぼし	⑨ わきの汗 におい	⑩ シアルリス シルテナ フィル
5ページ	6ページ	7ページ	7ページ	7ページ	8ページ

★上記以外の一般的な皮膚科 ひ尿器科の疾患の場合は、2～4ページ目をプリントし、必要事項をご記入の上、受付係へお渡し下さい。

【2ページ】一般的な 皮膚科 ひ尿器科の疾患の方、このページをご記入下さい。

恐れ入りますが、各ページにご氏名と記入日付をご記載下さい。……氏名 _____ 年 月 日

◎次の病気にかかった経験があれば○を付けて下さい。

肝炎 (B型 C型) 心臓 血圧 糖尿 脳疾患 ぜんそく 花粉症 アトピー

緑内障 精神に関する病気 各種の癌(もしよろしければ何癌かもご記入下さい)……

その他特記すべき病気の経験があればご記入下さい……

◎薬の副作用または薬や注射のアレルギーの経験がありますか?……………はい いいえ

「はい」の方 どのような薬でどうなったのか、書ける範囲でご記入下さい……

◎ 抗生物質を飲むとどこか具合が悪くなる体質がありますか?…………… はい いいえ

「はい」の方 どのように具合悪くなるのか、書ける範囲でご記入下さい……

◎かぜ薬を飲むと眠くなりますか?…………… はい いいえ

◎血液をサラサラにする薬・血が止まりにくくなる薬を飲んでおられますか? はい いいえ

◎女性の方に伺います (強制ではありませんので書きたくなければ記入されなくて結構です)
現在妊娠しておられますか?…………… はい いいえ わからない

「はい」の方: 予定日をご記入下さい…… 年 月 日

授乳中ですか?……………はい いいえ

お子様の年齢 (才 ヶ月)

婦人科の内服(ピルなど)は飲んでおられますか……………はい いいえ

◎皆様に伺います。

今後しばらく通院が必要となれば、何日おきぐらいに通えますか? ○で囲んで下さい。

毎日でも 2~3日おき 1週間ごと 2週間ごと 1ヵ月ごと 当分来院できない

通院に都合の良い曜日があれば ご記入下さい…… _____曜日

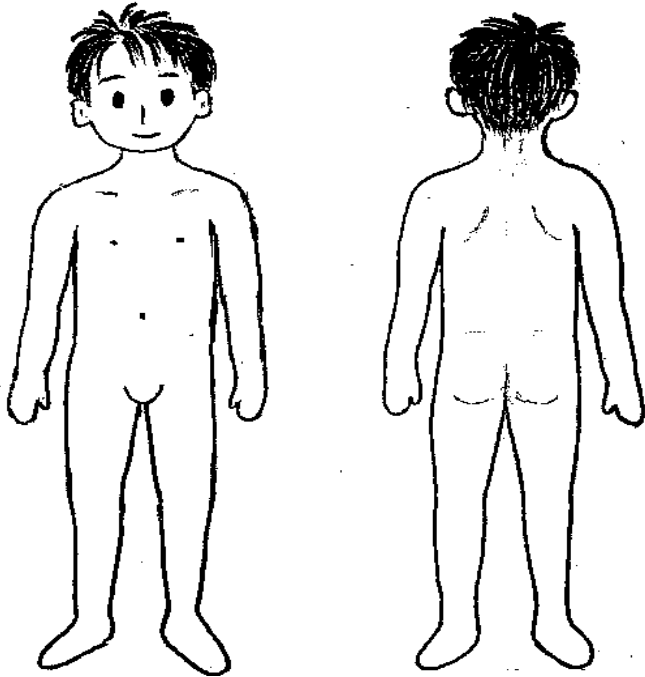
……………一般的な皮膚科疾患の方は、次のページ(3ページ)へお進み下さい。……………

……………ひ尿器科疾患の方は、次の次のページ(4ページ)へお進み下さい。……………

皮膚科 ひ尿器科 両方の場合 または どちらか分からない場合は 両方のページにご記入下さい。

【3ページ】 皮膚科の方 このページにご記入下さい。

恐れ入りますが、各ページにご氏名と記入日付をご記載下さい。……氏名 _____ 年 月 日



◎ 都合の悪い場所・診察してもらいたい場所を左図に○を付けて下さい（複数○付け可）

◎ あなたの症状を○で囲んで下さい（複数○付け可）

かゆい 痛い 赤い ぶつぶつ できもの

かさかさ ニキビ しみ ほくろ 円形脱毛

虫刺され いぼ 水いぼ やけど きず

ピアストラブル アトピー とびひ 水虫

うおのめ たこ 爪の変形・変色

その他()

◎ 上記の症状はいつ頃からでしょうか？

今日 昨日 数日前 ()週間前 ()ヶ月前 ()年前

◎ 今回の症状に関して他の医者で診てもらった経験はありますか……………あり なし

「あり」の方、もしよろしければ、どこの病院・医院かご記入下さい……………

「あり」の方、もらっている薬（又は薬の説明書）を持参して下さいお願いします。

◎ 今回の症状と関係なく、何らかの病気で医者通いをしておられますか……………はい いいえ

「はい」の方、もらっている薬（又は薬の説明書）を持参して下さいお願いします。

ご記入ありがとうございました。1～3ページを受付係へお渡し下さい。

【4ページ】 泌尿器科の方 このページにご記入下さい。

恐れ入りますが、各ページにご氏名と記入日付をご記載下さい。……氏名 _____ 年 月 日

◎ あなたの症状を○で囲んで下さい（複数○付け可）

なお、恐れ入りますが、現在お引き受けできるのは

「膀胱炎」

「尿道炎（男性の性病）」

「過活動膀胱（頻尿）」だけにさせてもらっています。

その他大部分の泌尿器疾患はお断りさせて頂いています。

十分な検査・治療ができないからです。ご了承下さい。

・おしっこの都合が悪い（痛い・回数が多い）

「回数が多い」に○を付けられた方、昼夜それぞれ何回くらい、あるいは何時間おきぐらいか

ご記入下さい………昼：

夜：

・性病かもしれない（尿道から膿が出る 排尿時いたかゆい 自分は無症状だがパートナーが性病だ）

・陰部にできもの

・陰部に痛み

・その他（ _____ ）

◎ 上記の症状はいつ頃からでしょうか？

今日 昨日 数日前 ()週間前 ()ヶ月前 ()年前

◎ 今回の症状に関して他の医者で診てもらった経験はありますか………あり なし

「あり」の方、もしよろしければ、どこの病院・医院かご記入下さい………

「あり」の方、もらっている薬（又は薬の説明書）を持参して下さいをお願いします。

◎ 今回の症状と関係なく、何らかの病気で医者通いをしておられますか………はい いいえ

「はい」の方、もらっている薬（又は薬の説明書）を持参して下さいをお願いします。

ご記入ありがとうございました。1・2・4ページを受付係へお渡し下さい。

泌尿器科の方は、尿検査をしますので、呼ばれるまでおしっこをせずにお待ち下さい。

おしっこをがまんできない場合は受付までお申し出下さい。

【6ページ】しみの治療ご希望の方 このページにご記入下さい。

恐れ入りますが、各ページにご氏名と記入日付をご記載下さい。……氏名 _____ 年 月 日

- ★ しみの治療をご希望の方、できるだけノーメイクで来て下さい(日焼け止めはしてきて下さい)。
- ★ もしメイクして来院された場合、来院後にお化粧を落として下さい。

「しみ」と一口で言っても、いろいろな種類があり、それに応じて治療法も様々です。どんな種類のしみを正確に見きわめる事が治療のスタートになりますので、ノーメイクで来てほしいのです。

- ★ いずれの場合も、洗顔フォーム、お化粧道具、タオルなどをご持参下さい (すぐテストなど行える日でしたら、化粧や日焼け止めを落としてもらうことになりますので……)。

質問1 火水金のAM10:00~PM2:30の間の来院(所要1時間)を指示した場合、可能でしょうか?……

- ・月2回(隔週)程度なら可能
- ・月1回程度なら可能
- ・不可能

質問2 上記の曜日に限らなければ どのくらいの頻度で来院可能でしょうか?…

- ・月3~4回(ほぼ毎週)可能
- ・月2回(隔週)程度なら可能
- ・月1回程度なら可能
- ・月1回の来院は困難

質問3 通院に都合のよい曜日を教えてください。

- ・いつでも
- ・事前に指定されれば調整できる
- ・土曜日
- ・その他(曜日)

ご記入ありがとうございました。このページと1ページ目とを受付へご提出下さい。

【7ページ】しわ・小顔・うめぼし・わきの汗 の治療ご希望の方 このページにご記入下さい。

恐れ入りますが、各ページにご氏名と記入日付をご記載下さい。……氏名 _____ 年 月 日

- ★ いずれの治療も、効果は永遠ではありません。数ヶ月から1年程度の有効期間ですのでご了承下さい。
- ★ いずれの治療も、初診日は簡単な診察と説明をし、施術日の予約をしてもらっています。初診日に即治療をすることはありません。

質問1 血液をサラサラにする薬・血が止まりにくくなる薬を飲んでおられますか？
…………… はい いいえ
「はい」の方、その薬品名が分かればご記入下さい……

質問2 けいれんを起こす体質がありますか？…………… はい いいえ

質問3 緑内障の中でも特に閉塞隅角緑内障という眼科の病気を持っておられますか？
…………… はい いいえ

質問4 筋弛緩目的の薬剤(脊髄疾患や肩こり・腰痛などで処方される場合があります:ミオナール・テルネリンなど)を使用中ですか？…………… はい いいえ
分からなければ、現在もらっている薬(又はその説明書)を持参して下さいようお願いします。

質問5 局所麻酔薬にアレルギー反応を起こした経験がありますか？
…………… はい いいえ

ご記入ありがとうございました。このページと1ページ目とを受付へご提出下さい。

【8ページ】 シアリス・シルデナフィルをご希望の方 このページにご記入下さい。

恐れ入りますが、各ページにご氏名と記入日付をご記載下さい。……氏名 _____ 年 月 日

- 高血圧または低血圧だと言われたことがありますか？…… はい いいえ
 血圧の薬を服用中ですか？…… はい いいえ
 「はい」の方、名称が分かればご記入下さい……
- 狭心症または心筋梗塞と言われたことがありますか？…… はい いいえ
 ニトログリセリンなどの硝酸剤を使用していますか？…… はい いいえ
 「はい」の方、名称が分かればご記入下さい……
- 先天性の不整脈と診断されたことがありますか？…… はい いいえ
 不整脈の薬を服用中ですか？…… はい いいえ
 「はい」の方、名称が分かればご記入下さい……
- その他に心臓の異常を指摘されたことがありますか？…… はい いいえ
 脳梗塞・脳出血を起こしたことがありますか？…… はい いいえ
 肝臓または腎臓が悪いと言われたことがありますか？…… はい いいえ
 糖尿病を持っておられますか？…… はい いいえ
 血液のがんなどと言われたことがありますか？…… はい いいえ
 血が止まりにくい体質だと言われたことがありますか？…… はい いいえ
 胃潰瘍・十二指腸潰瘍の経験がありますか？…… はい いいえ
 夜盲症・色盲と言われたことがありますか？…… はい いいえ
 前立腺肥大症の薬を服用中ですか？…… はい いいえ
 「はい」の方、名称が分かればご記入下さい……
- 水虫の飲み薬を服用中ですか？…… はい いいえ
 「はい」の方、名称が分かればご記入下さい……

★薬の名称が分からなければ、現在もらっている薬(又はその説明書)を持参して下さいをお願いします。

ここ半年で性交を何回ほど試みましたか？	0回 その気に ならない	0回 する機会が ない	1～5回	6回以上
そのうち挿入可能な硬さになったことは？	ほとんどなし	たまに	2回に1回程度	もっと多い
射精まで勃起を維持できたことは？	ほとんどなし	たまに	2回に1回程度	もっと多い
朝だちはありますか？	全然ない	たまに	月に2～3回	もっと多い
ここ半年でマスターベーションを何回試みましたか？	0回 その気に ならない	0回 する必要が ない	1～5回	6回以上
マスターベーションの時はどんな状況ですか？	する気はあるが 硬くならない	少し硬くなる が射精までい かない	あまり硬くな らないが射精 できる	割と普通に できる

★ご記入ありがとうございました。受付では1ページ目だけをお渡し下さい。

★このページ(8ページ)は診察室へ入ってから 医師または看護師にお渡し下さい。