

※個人情報に関わるものなので、封筒に入れてご持参いただき、受付にて「ホームページを見てきました」とお伝えください。

●オンライン問診票●

やましたクリニック

** 性行為感染症(性病)がご心配な方 **

名前: 年齢: 歳 生年月日: 年 月 日生まれ

住所: 〒 電話番号: () -

■あてはまる項目にチェックを入れてください。また、必要事項にご記入をお願いします。

- 排尿時に痛みがある
- 尿道から膿が出てくる
- 性交渉で感染したかもしれない
- パートナーが感染/パートナーに調べてくるように言われた
- 陰部に水ぶくれ/できものができる

・特定のパートナー(奥さん・彼女)はいますか? (はい・ いいえ)

・決まった方以外と性交渉を持ちましたか? (はい・ いいえ)

→ 「はい」の方 どれくらい前でしょうか(前)

来院される際、尿の検査をします。二時間以上は排尿せずにご来院下さい。(水ぶくれやできもの場合は不要)

※個人情報に関わるものなので、封筒に入れてご持参いただき、受付にて「ホームページを見てきました」とお伝えください。

●オンライン問診票●

やましたクリニック

** 尿の漏れでお悩みの方 **

名前: _____ 年齢: _____ 歳 生年月日: _____ 年 月 日 生まれ

住所: 〒 _____ 電話番号: (_____) _____

■あてはまる項目にチェックを入れてください。また、必要事項にご記入をお願いします。

婦人科や泌尿器科、消化器の手術を受けた事がある

ある場合手術名→(_____)

内服中のくすりがある

ある場合 内容→(_____)

出産した事がある

ある場合 経産分娩(_____)回 帝王切開(_____)回

・どんなときに漏れますか

くしゃみや重いものを持つ、運動などでお腹に力が入ったとき

したくなると急に我慢ができなくなる

尿の間隔が短くて トイレにいてもすぐしたくなって漏れる

自分の意志に関係なく 気がついたら漏れている

・保険適応のない 自費治療は

受けてもいい

受けたくない

話は聞いてみたい

※個人情報に関わるものなので、封筒に入れてご持参いただき、受付にて「ホームページを見てきました」とお伝えください。

●オンライン問診票●

やましたクリニック

** 勃起不全でお悩みの方 **

名前: _____ 年齢: _____ 歳 生年月日: _____ 年 月 日 生まれ

住所: 〒 _____ 電話番号: (_____) _____

■あてはまる項目にチェックを入れてください。また、必要事項にご記入をお願いします。

- 奥さんや彼女との交渉がうまく行かない
- 以前 勃起不全の薬を使った事がある
ある場合 薬の名前→(_____)
- できれば保険適応の薬で治したい

・持病や内服薬がありますか

【病気】

- 心筋梗塞 狭心症 肝機能障害 低血圧 高血圧 網膜色素変性症
- その他 (_____)

【薬】

- ニトログリセリンなど狭心症の薬 不整脈の薬 爪白癬の薬 前立腺肥大の薬
- 具体的な名前(_____)

※個人情報に関わるものなので、封筒に入れてご持参いただき、受付にて「ホームページを見てきました」とお伝えください。

●オンライン問診票●

やましたクリニック

** その他受付で伝えにくい病気でお悩みの方 **

名前: _____ 年齢: _____ 歳 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

住所: 〒 _____ 電話番号: (_____) _____ - _____

■あてはまる項目にチェックを入れてください。また、必要事項にご記入をお願いします。

- 包茎の相談
- パイプカットの相談
- その他（具体的にお書き下さい）