

※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)