

Medical Questionnaire

フリガナ		Sex	☐ Male / ☐ Female
Name	family name / first name		
Date of birth	year / month / day /	Age	years old
フリガナ			
Address	〒 -		
Telephone	(mobile phone) - -		

What brought you here today ? / どうしましたか？

- Frequent urination / 頻尿
 Pain when urinating / 排尿時の痛み
 Rash / できもの
 STD check up
 Other / その他 ()

Are you currently undergoing treatment for any diseases ? / 現在治療している病気はありますか？

- Yes (Disease :)
 No

Are you currently taking any medications ? / 現在飲んでいるお薬はありますか？

- Yes ()
 No

Please show us the medications if you have them with you. / 持っていれば見せてください

Are you allergic to any foods or medications ? / お薬や食べ物でアレルギーがでますか？

- Yes Medication / 薬 () Food / 食べ物 ()
 No Other / その他 ()

Have you previously had any of the diseases ? / 今までにかかった病気はありますか？

Do you smoke ?

- Yes Current amount / 現在 () cigarettes / day / 本/日
 No, but I used to.
 No

If female , answer the questions below

Are you pregnant or possibly pregnant ?

女性の方のみお答えください。妊娠していますか。その可能性はありますか？

- Yes
 I do not know
 No

★ The time of the latest urination today _____ time _____ min

当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 家族・知人・職場の紹介 他医療機関の紹介 (病院名)