性病科問診票

記入日：　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令　　年　　月　　日
氏名			
住所	〒　　ー		
電話番号			

本日はどうなさいましたか？
□熱（　　℃）　□陰部のかゆみ　□陰部が痛い　□陰部にできものがある　□尿道のかゆみ　□尿道が痛い　□尿道から膿が出る　□性行為後から、性器に痛みがある　□全身に小さな赤いブツブツができている　□のどが痛い・かゆい・詰まった感じがする　□おりものが気になる
□性病検査希望（検査したい病気：　　）□治療薬を処方してほしい（治療希望の病気：　　）
□その他（　　）

症状はいつ頃からありますか？　約（　　）日・週間・ヶ月・年前から

過去に性病の治療はありますか？
□なし　□淋菌　□クラミジア　□コンジローマ　□梅毒　□ヘルペス　□マイコプラズマ　□ウレアプラズマ　□カンジダ　□トリコモナス　□亀頭包皮炎　□毛じらみ　□A型肝炎　□B型肝炎

過去に性病以外で大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
□なし　□あり（　　）

現在、治療中の病気はありますか？
□なし　□あり（　　）

現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？
□なし　□あり（　　）

喫煙、飲酒について教えてください
喫煙：□吸わない　□吸う（　　本/日　×　　年間）
　　□禁煙した（　　年前から。それまで喫煙（　　本/日　×　　年間））
飲酒：□飲まない　□飲む（週　　日）　種類・量（　　）

食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たりする）はありますか？
□なし　□あり（　　）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？
□いいえ　□はい（□妊娠中　□妊娠の可能性あり　□授乳中）

※ご協力ありがとうございました。