

年 月 日

北村クリニック 男性更年期障害 問診票

フリガナ			
氏名	性別 (男 ・ 女)	生年月日	年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)			
電話番号	- -	携帯番号	- -
緊急連絡先	- -	(さま)	
当院を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 医院の紹介 () <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 仕事場が近く <input type="checkbox"/> その他 ()			

■どのような症状ですか？（複数チェック可能です）

- 性欲が低下してきた 疲れやすい やる気やなくなってきた
 睡眠障害がある 憂鬱な気分になることが（毎日、週数回、たまに）ある
 仕事 生活でのストレスが増加している 最近肥満がきになる
 食欲が低下してきた 筋力がおちてきた
 その他 ()

■以下の事項について記載ください

- ・職業 ()
- ・既往歴・入院・手術歴 ()
- ・身長 (cm) ・体重 (kg)
- ・喫煙 (あり ・ なし) (ありの場合 : 本 / 日 ・ 年くらい)
- ・お酒 (ほぼ毎日飲む ・ たまに飲む ・ 飲まない)
- ・アレルギー歴 ()
- ・お子さまの有無 (有 ・ 無 有の場合 : 人)
- ・内服しているお薬 () お薬手帳か処方箋写しをご持参ください。
- ・その他のご要望について

ご記入お疲れ様でした。

必要事項を記載の上 診察当日 持参してください。