記入日　　年　　月　　日　　カルテNo.

＜ 性感染症問診票 ＞

性別 ： 男 ・ 女

ふりがな	
名前	
生年月日	西暦　　年　　月　　日 （ 年齢　　歳 ）
住所	〒
電話番号	

※検査を提出する際に、感染している菌の推定に大切ですので正直にお答え下さい。

● 本日はどのような症状がありますか？

● 症状はいつからですか？

● 最終性交渉はいつですか？

● 性行為の相手についてお伺いします。 該当する項目に〇をつけて下さい。

1. 特定の相手（ 彼 ・ 彼女 ・ 夫 ・ 妻 ・ パートナー ）　2. 不特定（ 風俗など ）

＊ 1を選ばれた方に相手の方の現状についてお聞きします。該当なければ次の●へすすむ。

・ 相手に何か症状がありますか　無 ・ 有　※有の場合、下記に進む

・ 相手にどういった症状がありますか　（具体的に：　）

・ 相手は病院受診しましたか　受診した ・ 受診していない

・ 相手の検査結果を本日お持ちですか　持参あり ・ 持参なし

（病名・治療状況分かる範囲で記載：　）

●現在治療中の疾患や飲んでいる薬はありますか。　有 ・ 無

疾患名 ：

内服薬

（　）

● 薬剤アレルギーはありますか。　有 ・ 無

有の方は具体的薬品名を記載：

（　）

● 女性の方は妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか。　有 ・ 無

● 女性の方へ授乳中ですか。　有 ・ 無