**患者調査票**

（ご記入日）　　　　年　　　月　　　日

**施設名**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**年齢**（　　　）歳

**性別**　男性・女性

**疾患名**　尿道炎・子宮頸管炎・咽頭感染症・直腸炎

**症状**（複数回答可）

　　排尿時痛、排膿、頻尿、尿道不快感、尿道掻痒感

　帯下、下腹部痛、性交痛

　咽頭痛、嚥下困難、咳嗽

　肛門痛、会陰部痛、肛門潰瘍

　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**治療経過**（抗菌薬の種類、投与方法、投与期間など具体的にご記入下さい。）

**検査機関での検査結果**（培養結果、核酸増幅法結果などご記入下さい。）