

の所は必ずご記入をお願いいたします。

記入日： 年 月 日

# 問診票

フリガナ  
名前 ( 歳) 生年月日： T・S・H 年 月 日

〒 住所

電話番号 (自宅) (携帯)

eメールアドレス：

身長： cm 体重： kg 血圧： / 職業：

☆今日はどうされましたか をつけてください

- 月経がない 月経痛 月経不順 月経以外の出血がある 月経前症候群 (PMSの相談)
- お腹が痛い お腹に違和感がある おりものが多い かゆみがある
- しこり・できもの (部位： ) 排尿時に痛み ピルの処方 ( 緊急避妊 日常的に服用 ) 月経移動
- 子宮がん検診 ブライダルチェック 赤ちゃんが欲しい…治療歴 (ある・なし)
- 更年期の相談 (イライラする、多汗、だるいなど) 前回見つけた病気の定期検診 病名 ( )
- 妊娠かどうか…市販の妊娠検査をした (陽性・陰性) 検査日： 月 日 → (出産予定 あり なし 未定)
- その他 ( )

☆子宮がん健診 (子宮頸がん検査) を受けたことがありますか はい いいえ ※「はい」の方は、健診日と結果をお教えてください

最終健診日 年 月 (検査結果：正常・異常・不明)

☆既往歴 下記の病気に今までにかかったことがある場合はをつけてください。

- 高血圧 糖尿病 がん 心臓病 腎臓病 心の病気
- 脳の病気 肺の病気 (喘息・結核・百日咳・その他) 膠原病などの免疫異常による病気
- 喫煙： 本/日、年間くらい 飲酒： を ml くらい (毎日・ときどき)

その他大きな病気をしたことはありますか？…はい いいえ (※「はい」の方は下記のご記入をお願いします。)

年齢	病名	手術をしましたか？	手術内容
		はい・いいえ	
		はい・いいえ	

☆ご家族で大きな病気にかかった方はいらっしゃいますか？ (高血圧、糖尿病など)…はい いいえ ※「はい」の方は記入をお願いします。  
(ご自身の祖父母、両親、兄弟姉妹)

続柄	病名	続柄	病名
続柄	病名	続柄	病名

☆今飲んでいるお薬はありますか？ はい いいえ ※「はい」の方は下記のご記入をお願いします。

( )

お薬手帳を…

- 持っている  
持っていない

☆アレルギー ある ない (※あるの方は具体的に…)

☆今までに性交渉の経験はありますか？ ある ない

・最終月経： 月 日から 日間 ☆月経歴…初潮 歳 閉経 歳

・月経周期： 日 (順・不順) ・月経量： 少・中・多 ・月経痛： なし・弱・強

☆妊娠・分娩歴 妊娠 回 分娩回数 回 自然流産 回 人工流産 回 未婚 既婚 結婚予定

出産日	分娩週数	出生体重	性別	分娩方式	出産病院名
年 月 日	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	
年 月 日	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	
年 月 日	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	
年 月 日	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	

☆その他、気になることがありましたらご記入ください。

★アンケートにご協力をお願いいたします。 Q. 当院をどのようにお知りになりましたか？ (複数回答可)

- インターネット検索で HP(ホームページ)を見て お知り合いに聞いて 通りかかって お近くにお住まい
- パンフレットを見て その他 ( ) ご協力ありがとうございました。

高取レディスクリニック