□の所は必ずご記入をお願いいたします。

問診票

記入日：　　年　　月　　日

フリガナ　＊フリガナは左づめでご記入ください　＊濁点は１マス使って記入してください
＊姓と名の間は１マスあけてください

名前　　（　　歳）　　生年月日：T・S・H　　年　　月　　日

〒　　-　　住所

電話番号　（携帯）　　(自宅)

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)　□ぷち妊活
□更年期の相談（イライラする、多汗、だるいなど）　□前回見つかった病気の定期検診　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」の方は、健診日と結果をお教えください

□はい　最終健診日　　年　　月　（検査結果：正常・異常・不明）　□いいえ

★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」の方は下記に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」の方は下記項目にまるをつけてください。

薬剤　・　麻酔　・　造影剤　・　アルコール　・　ヨード（イソジン）　・　ラテックス　・　金属　・　食べ物　・　その他

（→具体的に…　薬剤名、食品名など　　）

★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　人工中絶　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	経腟分娩　・　帝王切開	
年　月　日	週	g	男・女	経腟分娩　・　帝王切開	
年　月　日	週	g	男・女	経腟分娩　・　帝王切開	
年　月　日	週	g	男・女	経腟分娩　・　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(ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ) 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

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