

# 問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 )

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号・住所変更無し

## E-mail

① どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？

インターネット  看板  知人からの紹介  その他 ( \_\_\_\_\_ )

② ご来院の目的

不妊症  月経不順  月経痛  不正出血  更年期症状  おりもの  かゆみ  妊娠判定  
(分娩希望：有・無)  腹痛  癌検診  腫瘍 (子宮筋腫・卵巣のう腫)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

③ ご結婚  している (時期： \_\_\_\_\_ 年 月頃)  していない

( 夫： \_\_\_\_\_ 歳)

④ 身長 \_\_\_\_\_ c m 体重 \_\_\_\_\_ k g

⑤ 最終月経 \_\_\_\_\_ 年 月 日から \_\_\_\_\_ 日間 生理周期 \_\_\_\_\_ 日型

⑥ 初経 \_\_\_\_\_ 歳 閉経 \_\_\_\_\_ 歳

⑦ 生理の量  多い  普通  少ない

⑧ 生理痛  有 (下腹部痛・腰痛・その他 \_\_\_\_\_ )  無

⑨ セックスの経験  有  無

⑩ 喫煙  する (1日 \_\_\_\_\_ 本くらい)  しない

⑪ 薬物アレルギー  有 ( \_\_\_\_\_ )  無

⑫ 現在、服用している薬  有 ( \_\_\_\_\_ )  無

⑬ 以下に該当する既往歴があれば、 をしてください。

ぜん息  B型肝炎  C型肝炎

⑭ 今までにかかったことのある病気 (上記以外) があれば記入してください。

( \_\_\_\_\_ )

⑮ ご家族に高血圧・糖尿病・癌等があれば、記入してください。

( \_\_\_\_\_ )

⑯ 今までの妊娠及びお産について ※0回の場合もご記入下さい

妊娠 \_\_\_\_\_ 回 分娩 \_\_\_\_\_ 回 自然流産 \_\_\_\_\_ 回 人工妊娠中絶 \_\_\_\_\_ 回

子宮外妊娠 \_\_\_\_\_ 回

別紙の個人情報の取り扱いについて同意し、本問診表を提出します。

※当院では個人情報保護法に基づいて情報管理をしております。