

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 T S H 年 月 日 才 ご職業または学年 _____

住所 〒 _____ 都・道・府・県 _____

自宅電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

緊急時連絡可能な 電話を取る方のお名前（続柄）

電話番号 _____ () _____

◎ あなたの状態を教えてください。

■身長 cm ■体重 kg ■初潮 才 ■閉経 才

■一番最近の生理 年 月 日 ~ 日間 その前の生理 月 日 ~ 日間

■月経周期 順 (日) • 不順 (~ 日)

■生理痛（強・普通・弱・無）

■月経出血量（多い・固まりがある・普通・少ない）

■未婚（性交経験 あり・なし） 結婚（ 才） 離婚（ 才）

ご主人の年齢（現在 才） ご主人のご職業（ ）

■妊娠歴（なし・あり）妊娠 回 出産 回（帝王切開 回） 流産 回 人工中絶 回

■飲酒 本・杯／日・週 ■喫煙 本／日 喫煙期間 年

◎ 今までにかかった病気はありますか（年齢・病名・治療内容など）

いいえ・はい（ ）

◎ 現在、治療中の病気はありますか（病名・治療内容・薬名など）

いいえ・はい（ ）

◎ アレルギーはありますか（薬・食べ物・花粉・ぜんそくなど）

いいえ・はい（ ）

◎ 以前、子宮がん検診を受けたことがありますか

いいえ・はい（平成 年 月 頸癌・体癌 異常なし・異常あり）

◎ 以前、乳がん検診を受けたことがありますか

いいえ・はい（平成 年 月 マンモグラフィー・超音波 異常なし・異常あり）

◎ 家族の病歴（ ）に父母、兄弟などの記入をしてください。（例：高血圧（父）、糖尿病（祖母）など）

癌（ ） 高血圧（ ） 糖尿病（ ） 遺伝子疾患（ ） アレルギー疾患（ ） その他（ ）

◎ 当院を何でお知りになりましたか

知人（名前 ）の紹介・他医療機関（病院名： ）からの紹介・ホームページを見て・その他

ご記入ありがとうございました

伊豆美レディスクリニック