

記入日: ☆☆ 問 診 票 ☆☆ ID: \_\_\_\_\_

◇初めてまたは1年以上ぶりの来院のかたへ: お手数ですがご記入お願い致します◇

フリガナ		生 年 月 日		
氏 名		M・T	年	月 日
		S・H	(	歳)
住 所	〒	職 業	身長	cm
			体重	kg
携帯電話		携帯以外		

①今日はどうされましたか? 相談内容を記入して下さい

②症状はいつからですか?

③最近の生理が始まった日を教えてください。  
月 日から 日間 (閉経 歳)

④生理以外の不正出血はありますか?      あり      ・      なし

⑤子宮頸がん検診を受けたことがありますか?  
いいえ ・ はい ( 年 月 日 / 異常なし ・ 経過観察 ・ 精密検査要)

⑥乳がん検診を受けたことがありますか?      いいえ ・ はい  
マンモグラフィ ・ 超音波検査 ( 年 月 日 / 異常なし ・ 経過観察 ・ 精密検査要)

⑦あなたの結婚・妊娠・出産について  
・結婚していますか?    はい ・ いいえ → 未婚・離別・再婚( 歳) ・死別・その他 ( )  
“はい” とお答えのかたは・・・ ↓  
結婚 ( 歳) ・ 夫は現在 ( 歳) ( 健康 ・ 病気 ) ・ 死亡

・内診台での婦人科の検査を受けた事がありますか?    ( あり      ・      なし )  
・性交(セックス)の経験 ( あり      ・      なし )  
↳ 【性交経験“あり”とお答えのかた ⇒ 3ヶ月以内に性交はありましたか? (あり ・ なし)  
↳ 【3ヶ月以内の性交“なし”とお答えのかた ⇒ 性交がない期間は ( ) 年 ( ) ヶ月】

・妊娠したことがありますか?	妊娠	回 / 出産	回 (自然分娩・帝王切開)
いいえ ・ はい →→	自然流産	回 / 人工中絶	回 その他 ( 回)

⑧ お薬の副作用や食物アレルギーはありますか?      いいえ      ・      はい  
はい とお答えの方 → ( 薬剤      食べ物      )

裏面の記入もお願いします→

⑨ 今までに病気や手術をしたことがありますか？ 　　いいえ　　・　　はい  
はい　とお答えの方→　（　いつ頃　　病名　　）

⑩ 家族歴について　　いいえ　　・　　はい  
血縁者のなかでガン・高血圧・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病など重い病気にかかった方はいますか  
・病名（　　）続柄（　　）　・病名（　　）続柄（　　）　・病名（　　）続柄（　　）

⑪ 現在、お薬の使用はありますか？　　いいえ　　・　　はい  
はい　とお答えの方→　（　薬剤名　　）

⑫ 嗜好品について  
・たばこ（　吸わない　・　吸う（1日　約　　本）　喫煙歴（　　年）  
・飲酒（　飲まない　・　飲む　／　週（　　回）　または　月（　　回）

⑬ あなたの月経について  
・初めての月経（初経）は？　　（　　）歳  
・閉経年齢は？　　（　　）歳　　・自然に閉経　　・手術後に閉経  
・月経周期は？　　（　順調　／　不順　）（　　～　　）日周期  
・月経は何日くらい続きますか？　　（　　）日間  
・月経の量は？　　（多い（かたまり（　　c m大）が出る）・普通・少ない）  
・月経痛は？　　（なし・あり　下腹痛・腰痛・その他（　　）  
・痛み止め内服しますか？　　（なし・あり（計　　回）　薬剤名（　　）  
・月経前に不快な症状はありますか？　（なし・あり：頭痛・吐き気・嘔吐・倦怠感・腹痛・腰痛  
イライラ・気分の落ち込み等・その他（　　）

⑭ 当院をどちらでお知りになりましたか？  
・友人・知人のすすめ（　　様）　　・看板を見て　　・インターネット  
・広告を見て　　・医療機関の紹介（医療機関名：　　）　　・その他（　　）

⑮ そのほかに、気になる点や聞きたいことがありましたらご記入ください。

⑯ 不妊治療希望のかた　　治療歴はありますか？　　あり　　・　　なし

※問診票で得た個人情報は、診療以外には使用致しません※

N a o k o 女性クリニック