

問 診 票

記入日： 年 月 日

この問診票は診療目的以外では使用しません。
プライバシーに関わることなので取り扱いには慎重に致します。

上本町ヒロミレディースクリニック

ふりがな		生 年 日	明・大・昭・平	年	月	日生	(歳)
お名前		月 日					
住 所	〒						
				電話			
				携帯			
ご職業							

I. ご相談になりたい内容をお尋ねします（複数回答可）

- 妊娠の検査 《市販の検査は行いましたか？》 （はい・いいえ）
- 月経が止まった 月経不順 月経量が（多い・少ない） 不正出血 お腹が痛い
- 月経痛がひどい 月経前に体調が悪い 陰部がかゆい おりものが気になる（色 性状）
- 子宮がん検診 更年期障害と思われる症状 漢方について 月経をずらしたい
- 禁煙外来希望 緊急避妊（アフターピル）希望
- その他具体的に（ ）

II. あなたご自身についてお尋ねします

- ①1年以内に子宮がん検診を受けましたか？（いいえ・はい）はいと回答の方はその時期（ 年 月）
- ②あなたの身長と体重を教えてください（身長 cm / 体重 kg）
- ③今までかかった大きな病気や手術はありますか（いいえ・はい）
（病気： ）（手術： ）
- ④今内服している薬はありますか？（いいえ・はい）（薬の名前： ）
- ⑤喫煙していますか？（いいえ・はい）（本／日）
- ⑥結婚していますか？（いいえ・はい） ⑦性交渉の経験（なし・あり）

III. 今までの月経についてお尋ねします

- ①一番最近の月経はいつからですか？ 月 日から 日間 または閉経 歳
- ②初めて月経がはじまったのは（ 歳）
- ③月経は順調に来ますか？（いいえ・はい）
「はい」とお答えの方は（ ）日周期 「いいえ」と答えの方は（ ～ ）日周期

IV. 今までの妊娠歴についてお尋ねします

- ①妊娠したことはありますか？（いいえ・はい）
「はい」とお答えの方は以下についてお尋ねします
妊娠（ 回） 出産（ 回） 流産（ 回） 中絶（ 回）
帝王切開歴（なし・あり） 不妊治療歴（なし・あり）
- ②出産経験がある方についてお尋ねします

	お子様の現在の年齢	出生体重	出生週数
第1子			
第2子			
第3子			

V. ご家族についてお尋ねします

ご家族にがん・脳梗塞・糖尿病・高血圧などの持病をお持ちの方はいますか？
（具体的にどなたか ）

VI. 当院を何でお知りになりましたか

インターネット ・ 雑誌 ・ 看板 ・ 紹介 ・ その他（ ）

☆問診票の内容により、診察前に尿検査をさせていただくことがあります。

☆ご協力ありがとうございました。初診の際に受付にお出してください。

◎ 保険証返却確認しました。