

問診票

記入日・平成 年 月 日

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 TSH _____ 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 : _____) からのご紹介 ・ ホームページを見て ・ その他