

# 問診票

住所  
〒

(フリガナ)

氏名

年齢

歳

電話(携帯)

(自宅)

職業

身長

cm 体重

kg

## 1. 家族構成について

- ・未婚・既婚(結婚年月日:昭和・平成 年 月 日 ご主人: 歳 健康・否・離婚・死別)
- ・お子様 いる( )人 いない
- ・実父( 歳)・健康・否(病名 )・死去
- ・実母( 歳)・健康・否(病名 )・死去
- ・同居人 自分を含めて( )人

## 2. 生理について

- ・生理が始まったのは(満 歳)頃
- ・生理の量は 多量 普通 少量
- ・生理の時は 頭痛 下腹部痛 腹痛 腰痛 その他( )
- 上記の時は薬を 飲まない 飲む(薬名 )
- ・生理初日から次の生理初日までの日数(生理周期)は?  
生理周期( )日 生理持続日数( )日
- ・最後(最近)の生理は 月 日より 日間ありました
- ・閉経( )歳

## 3. 妊娠歴

区分	妊娠月数	生まれたときの体重	性別	生年月日	子宮がん検診 年 月実施
分娩 (出産)	月	g	男 女		結果は問題 ない 有る
	月	g	男 女		・本日子宮がん検診を ・希望する 希望しない
	月	g	男 女		
流産	ヶ月	回		歳	・薬のアレルギー 無 有
中絶	ヶ月	回		歳	薬品名( )

## 4. 現在治療されている病気はありますか? あれば○、なければ×の印をつけてください

- ・高血圧 心臓病 緑内障(眼圧が高い) 糖尿病 喘息 アレルギー疾患 貧血
- ・肝臓病 腎臓病 ガン( ) 精神疾患 その他( )

## 5. 現在お薬をお飲みですか?

- ・飲んでいない 飲んでいる(薬名 )
- ・サプリメント(いわゆる健康食品)を摂っている(品名 )
- ・豆乳・豆腐・納豆などの大豆食品を 週に( )日食べている(1日 gくらい)

## 6. 手術をされたことがありますか?

- ・ない 有る( )歳 手術部位( ) 身体に金属は入って いない 有る

## 7. 本日受診される症状と理由をご記入ください

( )

## 8. 当クリニックをお知りになったきっかけをご記入ください

( )