

問診票

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____ 職業 _____

住所 〒 _____

☐ 電話番号・住所変更無し

E-mail

① どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？

☐ インターネット ☐ 看板 ☐ 知人からの紹介 ☐ その他 (_____)

② ご来院の目的

☐ 不妊症 ☐ 月経不順 ☐ 月経痛 ☐ 不正出血 ☐ 更年期症状 ☐ おりもの ☐ かゆみ ☐ 妊娠判定
(分娩希望：有・無) ☐ 腹痛 ☐ 癌検診 ☐ 腫瘍 (子宮筋腫・卵巣のう腫)

☐ その他 (_____)

③ ご結婚 ☐ している (時期： _____ 年 _____ 月頃) ☐ していない
(夫： _____ 歳)

④ 身長 _____ c m 体重 _____ k g

⑤ 最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 生理周期 _____ 日型

⑥ 初経 _____ 歳 閉経 _____ 歳

⑦ 生理の量 ☐ 多い ☐ 普通 ☐ 少ない

⑧ 生理痛 ☐ 有 (下腹部痛・腰痛・その他 _____) ☐ 無

⑨ セックスの経験 ☐ 有 ☐ 無

⑩ 喫煙 ☐ する (1日 _____ 本くらい) ☐ しない

⑪ 薬物アレルギー ☐ 有 (_____) ☐ 無

⑫ 以下に該当する既往歴があれば、☒ をしてください。

☐ ぜん息 ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎

⑬ 今までにかかったことのある病気 (上記以外) があれば記入してください。

(_____)

⑭ ご家族に高血圧・糖尿病・癌等があれば、記入してください。

(_____)

⑮ 今までの妊娠及びお産について ※0回の場合もご記入下さい

妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回 自然流産 _____ 回 人工妊娠中絶 _____ 回

子宮外妊娠 _____ 回

☐ 別紙の個人情報の取り扱いについて同意し、本問診表を提出します。

※当院では個人情報保護法に基づいて情報管理をしております。

花みずきウィメンズクリニック 吉祥寺