

問診票

ID:

令和 年 月 日記入

フリガナ 氏名	生年月日：大 昭 平 年 月 日 (歳)
住所	〒 携帯電話： 自宅電話：

1. 本日の受診理由についておたずねします。

- 本日はどうされましたか。症状のある方は、いつ頃からどのような症状かを具体的にお書きください。

[]

2. 結婚歴や妊娠歴についておたずねします。

- 結婚はしていますか？ 未婚 ・ 既婚 ・ 離婚
- 性交経験はありますか？ はい ・ いいえ
- この1ヶ月以内に性行為はありましたか？ はい ・ いいえ
- 妊娠の経験はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は以下にお答えください。

妊娠： ___回 出産： ___回 お子様のご年齢 (___歳/男・女 ___歳/男・女 ___歳/男・女)

自然流産： ___回 人工妊娠中絶： ___回 子宮外妊娠 ___回

- 子宮がん検診を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

最後に検診を受けたのは、子宮頸がん ___年、子宮体がん ___年です。

3. 月経についておたずねします。

- 初経 ___歳 閉経 ___歳
- 一番最近の月経は ___月 ___日 から ___日間、 ___日周期。 順調 ・ 不順
- 月経時につらい症状や心配事があればお書きください。

[]

4. アレルギー、嗜好についておたずねします。

- アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
- アレルギーのある方はお答えください。(薬、食べ物、金属、ゴム製品、アルコール消毒など)

[]

- タバコは吸いますか？ 吸う (1日 本) ・ 吸わない
- 感染症はありますか？ はい ・ いいえ

[]



5. 既往歴についておたずねします。

- 今までかかったことがあるものに○をつけてください。

高血圧 気管支喘息 糖尿病 甲状腺疾患 がん（病名： ）
子宮筋腫 卵巣のう腫 精神疾患・心療内科（病名： ）
その他（ ） 該当なし

- 上記について、診断された時期、手術、治療の有無を具体的にお書きください。

[]

- 現在飲んでいるお薬はありますか？ はい ・ いいえ

- 「はい」の方はお薬の名前をお書きください。

[]

- ご家族（両親、祖父母、兄弟）の中に以下の病気の方はいますか？

高血圧（続柄： ） 糖尿病（続柄： ） 子宮筋腫（続柄： ）
がん（続柄： 、病名： ） 該当なし

6. 治療方針について、お考えに合うものを○で囲んでください。

なるべく薬は使いたくない 漢方やサプリメントを使ってみたい
早く症状が改善することを優先したい 治療方針は自分で決めたい
治療方針はある程度医師に決めてほしい その他（ ）

7. 当院を受診されたきっかけをお聞かせください。

インターネット HP 知人家族等の紹介 通りがかり
他院紹介 看板（電柱・入口看板） ロコミ
職場が近い チラシ 住まいが近く
その他（ ）

8. 当院では、効能・効果の高いメディカルコスメ、美肌セット（内服）を取り扱っております。

- 商品の詳しい説明をご希望されますか？ はい ・ いいえ

- お肌のお悩みがある方は下にご記入ください。

[]