

# 問診表

(令和 年 月 日 現在)

氏 名		生 年 月 日			
ふりがな		大正・昭和・平成			
		年	月	日生(	歳)
住 所					
〒					
連絡先	( )	携 帯			
職業		身長	cm	体重	kg
○をおつけください: 一人暮らし・家族( 人)と一緒に・未婚・既婚(結婚時期 年 月)・離婚・同棲中					
生理が始まったのはいくつのときですか? ( 才)					
閉経(生理が来なくなって1年以上経っている)していますか? ( はい いいえ )					
● 「はい」とお答えの方……………最後はいくつのときですか? ( 才)					
● 「いいえ」とお答えの方					
◇ ほぼ毎月順調にありますか? ( はい いいえ )					
◇ 周期(生理開始日から次の生理開始日まで)はどのくらいですか?( 日くらい ・ 一定しない )					
◇ 最後に生理が来たのはいつですか? ( 月 日から 日間くらい )					
セックスの経験は ある ない					
妊娠したことはありますか? はい( 回) いいえ					
「はい」とお答えの方…………… 出産 経膈分娩 回 *最終分娩 才のとき					
帝王切開 回					
流産( 回) 中絶( 回) 子宮外妊娠( 回)					
避妊はしていますか? はい いいえ					
「はい」とお答えの方……………どのような方法ですか? 選んで○をおつけ下さい。					
1、コンドーム 2、ピル 3、リング(IUD,ペッサリー等含む) 4、殺精子剤 5、その他( )					
今までに病気をしたことがありますか? はい いいえ					
「はい」とお答えの方 病名( ) いくつのときですか? ( )才					
病名( ) いくつのときですか? ( )才					
病名( ) いくつのときですか? ( )才					
現在飲んでいるお薬(サプリメントも含めて)はありますか? はい いいえ					
「はい」とお答えの方 薬品(製品)名 ( )					
喫煙はされますか? はい 以前は吸っていたがやめた まったく吸わない					
「はい」とお答えの方 何歳から喫煙していますか( )才 一日の本数( )本					
検診歴について 子宮がん検診 あり( 年 月)・なし 乳がん検診 あり( 年 月)・なし					
家系に乳がん・糖尿病・高血圧はいますか? はい いいえ					
はいとお答えの方 誰が(実父・実母・祖父・祖母・叔父・叔母・兄弟・姉妹)					
何の病気( )					
本日お見えになった理由					
どちらで当診療所をお知りになりましたか?					
① 自宅や職場が近所だから ②紹介されて(家族・知人・医療機関) ③ホームページ					
④ 講演を聞いて ⑤TVを見て ⑥雑誌・書籍を見て ⑦その他( )					

