

患者 ID

 D
 C

(クリニック使用欄)

問 診 票

記入日 令和 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	歳
		大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
住所	〒	電話番号	
		携帯	

身長 () cm 体重 () kg 職業 :

1. 本日はどんな症状、目的で 受診されましたか? (記入例 : 生理痛がひどい、妊娠しない、妊娠診断 …)

.....

2. 月経について

初めて月経があったのは () 歳
 最後にあった月経は () 月 () 日 ~ () 月 () 日
 月経周期 (月経開始日から翌月の月経開始前日までの日数) は
 短いときで () 日、長いときで () 日
 月経の持続日数は () 日間
 月経時の痛みは (a. ない b. 許容範囲内 c. 強い)
 月経血の量は (a. 少ない b. 正常範囲内と思う c. 多い)
 閉経 () 歳

3. 結婚、妊娠、分娩について。

性交の経験はありますか? (a. はい b. いいえ)
 結婚は a. している (同居 離婚 死別)
 b. していない (同棲中 婚約中)
 これまで妊娠した回数は () 回 そのうち 流産は () 回、中絶は () 回
 分娩は () 回 子供は () 人

4. これまでに かかったことのある病気、現在 治療中の病気はありますか? (複数可)

a. 喘息 b. 糖尿病 c. 高血圧 d. 腎疾患 e. 肝疾患 f. 狭心症 g. 心筋梗塞 h. 血栓症
 i. 脳梗塞 j. その他 ()

5. タバコは (a. 吸う 本/日 b. 吸わない)

6. あなたに あわない薬 や 注射 はありますか?

a. ない b. ある (薬の種類、名前等 :)

7. 家族の中に がん・高血圧・糖尿病 になった方はいますか? ()

8. 当クリニックをどのようにお知りになりましたか? さしつかえなければお答え下さい。

a. 以前からアリオ医療フロアーを利用 b. ホームページ c. 新聞の折込広告
 d. 郵便受へのパンフレット e. 駅看板 f. バスの壁面広告 g. 知人の紹介
 h. 家族の紹介 g. その他 ()