

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
		昭和 平成 令和	年 月 日	
住所	〒		電話番号	
			携帯	

マイナ保険証による診療情報取得について : 同意する 同意しない

現在通院中の医療機関 : なし あり

現在処方中のお薬 : なし あり

本日 紹介状 : なし あり

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 閉経 () 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 (ない 許容範囲内 強い)

月経血の量は (少ない 正常範囲内と思う 多い)

3. 結婚、妊娠、分娩について。

 現在 妊娠中 現在 授乳中

性交の経験はありますか? (はい いいえ)

結婚は している (同居 単身赴任 離婚 死別)

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)

喘息 糖尿病 高血圧 腎疾患 肝疾患 心疾患 脳梗塞 血栓症 緑内障

その他 ()

5. タバコは (吸う 本/日 吸わない)

6. 薬・注射、食品などで アレルギー症状がみられたことが ありますか?

ない ある (薬・食品の名前 等 :)

7. 家族の中に がん・高血圧・糖尿病 など 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ーアーを利用 b. ホームページ c. インターネット検索

d. 駅看板 e. バスの壁面広告 f. 知人の紹介 g. 家族の紹介

h. その他 ()