

問診票(みずほ女性クリニック)

年 月 日

フリガナ お名前	大正・昭和・平成 年 月 日 年齢 才	身長 cm 体重 kg
住 所 〒		
電話番号 (- -) 携帯番号 (- -)		
当院からの連絡方法: 自宅電話・携帯・その他 ()		ご職業
担当医の希望のある方は受付でお伝えください。ご希望に添えない場合もあることをご了承ください。		

1. あなたが今日診察に来られた理由 (複数回答可)

月経異常 (生理痛・量が多い・生理の乱れ)・不正出血・腹痛・腰痛・排尿の異常・かゆみ・更年期障害・できもの・おりもの・不妊相談・疾患を指摘された(疾患名:)
 妊娠判定 (市販薬で判定された方 月 日 陽性・陰性) (妊娠継続希望・中絶希望)
 乳房の異常 (痛み・しこり・分泌物・かゆみ・その他)・思春期外来
 乳がん検診・子宮がん検診・性感染症の検査希望・レディースドック希望
 ピル希望・アフターピル希望 (緊急避妊)・避妊相談・生理をずらしたい
 その他:

2. 生理について

はじめて生理があった年齢 () 才 閉経 () 才
 生理周期 (順調・不順) (日ごと) で () 日間持続 月経量 (多・中・少)
 生理障害 (無・有)・生理障害の程度 (強・中・弱)
 前回の生理 () 月 () 日 から () 日間

3. 結婚・妊娠について

未婚・既婚 (才)・離婚 (才)・死別 (才)
 未婚の方、性交の経験 (ある・ない) 妊娠の回数 () 回 分娩の回数 () 回

4. 他にお伺いしたいこと

質問事項		具体的にお書きください
今までに病気や手術の経験はありますか	有・無	
現在治療中の病気や内服中の薬はありますか	有・無	
アレルギー (喘息・アトピー等) はありますか	有・無	
お薬や食べ物のアレルギーはありますか	有・無	
タバコは吸われますか	有・無	1日 本
お酒は飲まれますか	有・無	頻度: 毎日・時々
親族で大きな病気の方はおられますか	有・無	
子宮がん検診を受けたことはありますか	有・無	いつ
乳がん検診を受けたことはありますか	有・無	いつ
開排制限 (足が開きにくい) はありますか	有・無	
その他、伝えておきたいこと:		

5. 最初に当クリニックをお知りになったきっかけ (複数回答可)

- (1)電柱広告 (2)通りがかり (3)クリニックのHP (4)口コミサイト (5)知人のすすめ
 (6)車内放送 (7)駅看板 (8)郵便局ポスター (9)雑誌など (雑名)
 (10)その他 (具体的に記載ください。)