

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)・漢方専門外来
 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・低用量ピル希望
 緊急避妊 (性交日 月 日)・避妊相談・生理をずらしたい (ずらしたい日:)
 その他:

2. 生理について (必須)

はじめて生理があった年齢 () 才 閉経 () 才
 生理周期 (順調・不順) (日ごとに 日持続) 直近生理開始日 () 月 () 日
 生理の量 (多・中・少) 生理痛 (無・有)

3. 結婚・妊娠について (必須)

未婚・既婚 (才)・離婚 (才)・死別 (才)
 未婚の方、性交の経験 (ある・ない) 妊娠回数 () 回 分娩回数 () 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。)

ホルモン補充療法開始時チェックシート

氏名	
----	--

禁忌事項	
重度の活動性肝炎である	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
乳がんにかかったことがある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
子宮内膜癌・低悪性度子宮内膜間質肉腫である	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
原因不明の不正性器出血がある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
妊娠の可能性がある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
急性血栓性静脈炎・血栓塞栓症になったことがある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
冠動脈疾患にかかったことがある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
脳卒中になったことがある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
慎重投与	
子宮内膜癌にかかったことがある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
卵巣癌にかかったことがある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
身長・体重	身長 cm 体重 kg
60才以上である・または閉経後10年以上である	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
血栓症リスクを有する	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
慢性肝疾患である	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
胆嚢炎および胆石症にかかったことがある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
重症の家族性高トリグリセリド血症がある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
コントロール不良な糖尿病である	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
コントロール不良な高血圧である	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
子宮筋腫・子宮内膜症・子宮腺筋症がある。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
片頭痛がある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
てんかんがある	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
急性ポルフィリン症である	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
全身性エリテマトーデス（SLE）である	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

更年期症状評価表

記入日： 年 月 日

氏名	
----	--

※ 該当症状の程度（強・弱・無）にチェックしてください。

症 状	症状の程度		
	強	弱	無
01. 顔や上半身がほてる（熱くなる）			
02. 汗をかきやすい			
03. 夜なかなか寝付かれない			
04. 夜眠っても目をさめやすい			
05. 興奮しやすく、イライラする事が多い			
06. いつも不安感がある			
07. ささいな事が気になる			
08. くよくよし、ゆううつな事が多い			
09. 無気力で、疲れやすい			
10. 目が疲れる			
11. ものごとが覚えにくかったり、物忘れが多い			
12. めまいがある			
13. 胸がドキドキする			
14. 胸がしめつけられる			
15. 頭が重かったり、頭痛がよくする			
16. 肩や首がこる			
17. 背中や腰が痛む			
18. 手足の節々（関節）の痛みがある			
19. 腰や手足が冷える			
20. 手足（指）がしびれる			
21. 最近音に敏感である			

漢方診療問診票

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

あてはまる項目に○をつけてください。（特に強い症状は◎をつけてください）

便秘ぎみ		頭が重い		じんましん	
下痢しやすい		めまい		かぶれやすい	
すっきり出ない		立ちくらみ		寝つきが悪い	
痔の出血がある		フラフラする		夜中に目が覚める	
胃がもたれる		疲れやすい		熟睡できない	
胸やけ		のぼせる		いやな夢をみる	
ゲップがでる		食後眠くなる		気分がふさぐ	
胃がつかえる		一日中眠い		不安になる	
胃が痛む		朝起きにくい		閉所恐怖がある	
おなかが痛む		生あくびがでる		おっくうである	
下腹が張る		冷える	手	生理不順	
ガスが多い			足	生理痛が強い	
のどがつかえる			腰	出血量が多い	
口内炎ができる		肩こり		ダラダラ続く	
薬で胃があれ		動悸がする		おりものが多い	
食欲がない		手足がほてる		青アザができる	
頻尿		しもやけができる		その他	
夜間尿		寝汗をかく			
むくみやすい	手	風邪をひきやすい			
	足	風邪が長引く			
	顔	痰がよくでる			
のどがかわく		鼻炎がある			
唇がかわく		喘息がある			
汗をよくかく		手足が荒れる			
頭痛		ニキビ			
片頭痛		湿疹ができる			
目の奥が痛む					