※すべてご記入ください

問診票

記載日　　年　　月　　日

ふりがな			
氏名			
生年月日	S. H. R　　年　　月　　日	年齢　　歳	血液型　　型
住所	〒（　　-　　）		
携帯電話番号		自宅電話番号	
職業	専業主婦・お勤め（パート等含む）・　学生　・その他		
	お勤め先名　　電話番号		

今日はどのようなことで来院されましたか？<具体的な症状やご質問などをご記入ください>

初経＿＿歳　閉経＿＿歳　結婚なさっていますか（いいえ・はい＿＿歳で結婚）
最終月経（一番最近の月経がはじまった日）＿＿月＿＿日から＿＿日間
月経周期（月経の始まる日から次の月経が始まる日までの日数）ほぼ＿＿日・不順
月経の様子　固まり　出ない・出る
　月経痛　なし・　あり → 痛み止めを 飲まない・飲む → 効かない・効く（薬剤名　　）
性交経験　なし　・　あり
妊娠歴　妊娠＿＿回(正常分娩＿＿回　帝王切開＿＿回)最終分娩＿＿歳
　（流産　　回　妊娠中絶　　回）その他　子宮外妊娠　死産 等
輸血歴　なし・あり　肝炎既往　なし・あり（肝炎ウイルスA・B・C　　）
飲酒　なし・あり（１日　　合）
喫煙歴　なし・あり（　　歳から１日　　本・　　歳で禁煙した）
過去の病気等（既往歴）
　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳）　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳）
基礎体温は測っていますか　測っている・　測っていない
薬物アレルギーはありますか　なし・あり（　　）
現在服用中の薬はありますか　なし・あり（　　）

基礎体温グラフ、検査データなどお持ちの方は
最初に受付でお預かりしますのでお申し出下さい