

※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				勤務先名			

今日はど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、お薬手帳など
お持ちの方は最初に受付でお預かりいたします

