

問診票

記入日： 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____ 県 _____ 市 _____

TEL (携帯) _____ (固定電話) _____

本日はどのような症状で来院されましたか？(症状の内容、発症時期、経過、等)

本日の血圧： _____ / _____ mmHg ・ 本日の脈拍： _____ /分

身長： _____ cm 体重： _____ kg 初潮年齢： _____ 歳 閉経年齢： _____ 歳

結婚： している (_____ 歳時)

していない (離婚歴： なし、あり) (性交経験： なし、あり)

最終月経： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 月経周期： 順調 (_____ 日周期)、不順 → (_____ 日 ~ _____ 日周期)

月経量： 少ない、普通、多い

生理痛： ない、あるが鎮痛薬は必要ない、鎮痛薬を飲めば生活に支障はない、

鎮痛薬を飲んでも治まらない強い痛みがある 使用中の鎮痛薬 _____

●薬や食品のアレルギー： なし、あり

あり、に該当の方 → (原因となった薬品・食品名 _____ 症状 _____)

●喘息がありますか？： なし、あり (ありの方 → 最終発作は _____ 歳頃)

(治療中、経過観察中 使用薬剤名 _____)

●子宮がん検診を受けたことは？： なし、あり (_____ 年 _____ 月頃 結果異常 あり、なし)

●喫煙習慣がありますか？： 吸わない、以前吸っていた、吸っている (_____ 本/日)

●飲酒： 飲まない、ときどき飲む、ほぼ毎日飲む (_____ を _____ /日)

●現在、妊娠中又は授乳中ですか？： 妊娠していない、妊娠可能性あり、妊娠中 (妊娠 _____ 週)、授乳中

●過去の妊娠・出産についてご記入ください：

妊娠 _____ 回、 出産 _____ 回、 子宮外妊娠 _____ 回 流産 _____ 回、 中絶 _____ 回

年月日	年齢	妊娠出産歴	週数	性別	体重 (g)	分娩施設
		中絶/流産/出産 (普通・帝王切開)				
		中絶/流産/出産 (普通・帝王切開)				
		中絶/流産/出産 (普通・帝王切開)				
		中絶/流産/出産 (普通・帝王切開)				
		中絶/流産/出産 (普通・帝王切開)				

2枚目に続きます。お手数ですがご記入をお願いします。

よしだレディースクリニック内科・小児科

問診票

●現在、他の医療機関に通院されていますか？：していない、している

している、に該当の方は、その医療機関からの紹介状をお持ちですか？：持っている、持っていない
持っていない、に該当の方は、下記にご記入ください。

医療機関名：_____

受診時期：_____

治療内容：_____

●現在処方されている薬がありますか？：なし、あり

あり、に該当の方→（薬剤名_____用量_____投薬期間_____）

●過去に指摘された病気があれば病名を記入してください

（_____）

●その指摘された病気の中に、入院や手術を要する大きな病気はありますか？：なし、あり

あり、に該当の方→病名・手術名：_____

入院や手術をした時期：_____年_____月頃

医療機関名：_____

治療内容：_____

●過去に輸血を受けたことは？：なし、あり（輸血理由：_____）

●ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気の方がいますか？（ない場合は右記にチェック→ ない）

高血圧、糖尿病、その他の遺伝性疾患（病名：_____続柄：_____）

●過去3ヶ月以内に以下のことはありましたか？（ない場合は右記にチェック→ ない）

発熱、発疹、頸部リンパ節の腫れ、風疹患者との接触、児童との接触が多い職場での就労

よしだレディースクリニック内科・小児科