

問診票

年 月 日



フリガナ	
氏 名	
性 別	男 ・ 女
生年月日	
住 所	〒
電話番号	
ご職業	
身長/体重	cm/ kg

① 本日受診された理由をお聞かせください

- 中央区子宮頸がん検診
 ピル希望
 緊急避妊
 月経移動
 子宮内避妊リング
 点滴希望
 その他（その症状はいつ頃から気になりますか。）

検診セットご希望の方は下記にチェックをお願いします。

- プレコンセプションケア
 アスリートセット
 妊活サポート
 婦人科ドック
 身体チェック
 ブライダルチェック
 ウエルエイジング

② アレルギーはありますか？

- 薬品 ない・ ある（薬品名 _____）
 食物 ない・ ある（食品名 _____）

③ 現在治療中の病気はありますか？又お薬は飲んでいますか？ いいえ ・ はい

（病名 _____ 手術 _____）

④ 現在内服しているお薬やサプリメントはありますか？ いいえ ・ はい

（ _____ ）

⑤ 今までに大きな病気や手術をしたことはありますか？ ない ・ ある

（病名 _____ 手術 _____）

⑥ ご家族にご病気の方はいますか？ いない ・ いる

誰が： _____ 高血圧・糖尿病・癌（ _____ ）・その他（ _____ ）

⑦ 生活習慣について

- 喫煙： しない / する（1日 _____ 本、 _____ 歳から）
 飲酒： しない / する（ 毎日 / 週 _____ 回 / 不定期）1回量は：（ 多い/ 普通/ 少ない）
 食欲： あり / 普通 / なし / 過食傾向 ， 偏食： あり / なし
 睡眠：1日 _____ 時間 よく眠れる / 普通 / あまり眠れない
 運動： しない / する（不定期 / 定期的）運動内容： _____
 ここ数年で体重変化： なし / あり（ 増加 / 減少 _____ Kg _____ 年）

男性の方は裏面⑪⑫のみお答えください。

以下女性の方のみお答えください。

⑧ 婚姻関係

既婚 未婚

⑨ 月経について

あり なし（閉経.....歳）

初潮：.....歳

月経周期：順調（.....日型 持続.....日） 不順

一番最近の月経：.....月.....日から.....日間

出血量：少量 / 普通 / 多量

月経痛：なし / あり

女性情報

性交経験はありますか：なし / あり

産婦人科の診察を受けたことはありますか：なし / あり

子宮がん検診を受けたことはありますか：なし / あり

（最終検査.....年.....月/ 異常なし あり）

⑩ 妊娠・出産について

妊娠したことはありますか

なし / あり（.....回）

過去の妊娠について

分娩：.....回 / 自然流産：.....回 / 人工流産：.....回 / 子宮外妊娠：.....回 死産：.....回

現在妊娠中ですか

いいえ / はい（.....週 / 分からない）

現在授乳中ですか

いいえ / はい

⑪ 当院は何でお知りになりましたか？

知人・友人・家族からの紹介 他院からの紹介 当ビル勤務

会社の勧め(企業名:.....) 雑誌(雑誌名:.....)

他院で当院医師の診察を受けていた (院長 副院長) 中央区検診

インターネット (当院 HP 当院 Instagram google、Yahoo!等の検索エンジン)

病院なび EPARK その他 (.....)

⑫ データの取り扱いにて

お預かりした個人情報は、個人情報保護法に基づき厳重に管理し、第三者に提供・開示することはありません。

検査結果やご予約に関して、当院から連絡を取らせていただく場合がございます。

確実に連絡が取れる連絡先をお教え頂きますようお願い申し上げます。

また、当院での検査結果・データを匿名にて学会発表・研究に使用させていただく場合がございます。

ご了承の上、ご署名お願い致します。

ご署名：.....

日付：.....年.....月.....日