

問診票

記入日（平成 年 月 日）

ご本人様

*診察をスムーズに行うために問診票のご記入にご協力ください。

| | | | |
|------------------|---------------------------|------------|----|
| フリガナ 氏名 | 生年月日 昭・平 年 月 日 (歳) | 身長 | cm |
| | | 体重 | kg |
| | | BMI | |
| 住所： 県 市(郡) 町 | | | 職業 |
| 電話番号 ・ 携帯電話： - - | | 緊急連絡先： - - | |

ご主人様（パートナー）

| | | | |
|----------------|---------------------------|------------|----|
| フリガナ 氏名 | 生年月日 昭・平 年 月 日 (歳) | 身長 | cm |
| | | 体重 | kg |
| | | BMI | |
| 住所 県 市(郡) 町 | | | 職業 |
| 電話番号 携帯電話： - - | | 緊急連絡先： - - | |

◎最終月経：平成 年 月 日より 日間

月経は・・・ ほぼ順調（ 日型） ・ 不順 ・ 無月経
 月経痛は・・・ 強い ・ 普通 ・ 弱い 鎮痛剤の使用は？⇒ あり ・ なし
 月経量は・・・ 多量 ・ 中等量 ・ 少量
 その他月経時の症状（ ）

| | 妻 | 夫 |
|---------------|--|--|
| 結婚歴 | <input type="checkbox"/> 初婚（結婚年齢 歳） <input type="checkbox"/> 再婚（結婚年齢 歳） <input type="checkbox"/> 現在独身 <input type="checkbox"/> 現在婚約中 | <input type="checkbox"/> 初婚（結婚年齢 歳） <input type="checkbox"/> 再婚（結婚年齢 歳） <input type="checkbox"/> 現在独身 <input type="checkbox"/> 現在婚約中 |
| 妊娠歴 | ① 歳時(中絶・流産・出産： g) 不妊治療（あり・なし） ② 歳時(中絶・流産・出産： g) 不妊治療（あり・なし） ③ 歳時(中絶・流産・出産： g) 不妊治療（あり・なし） | 再婚の方へ お子様はいらっしゃいましたか？ いない ・ いる（ 人） |
| 病気既往歴 | あり（ ） ・ なし | あり（ ） ・ なし |
| アレルギー | 食品（ ）薬剤（ ） ・ なし | 食品（ ）薬剤（ ） ・ なし |
| 服用中の薬 | あり（ ） ・ なし | あり（ ） ・ なし |
| 性感染症 | あり（ ） ・ なし | あり（ ） ・ なし |
| 嗜好品 | お酒：飲む（強い・弱い） ・ 飲まない たばこ：吸う（ 本/日） ・ 吸わない | お酒：飲む（強い・弱い） ・ 飲まない たばこ：吸う（ 本/日） ・ 吸わない |
| 血縁者の 病気既往歴 | 糖尿病（ ） ・ 高血圧（ ） ・ 膠原病（ ） 肝炎（ ） ・ 癌（ ） その他（ ） | 糖尿病（ ） ・ 高血圧（ ） ・ 膠原病（ ） 肝炎（ ） ・ 癌（ ） その他（ ） |
| 職場環境 | 危険物等（化学物質・放射線など）に触れることがありますか？ | |
| | ある ・ ない | ある ・ ない |
| 性交回数 | 週 回 / 月 回 | |

裏もごさいます⇒

