問　診　票

記載年月日；　　年　　月　　日

フリガナ					
氏名					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒　　－ 市				
TEL	自宅　　携帯				

①診察に来られた目的を○で囲んでください（○はいくつでも）。

妊娠判定（市販薬での判定をされた方；　　月　　日／　陽性　・　陰性）				
妊婦健診（他院での検診最終日；　　月　　日／実施先；　　病院・クリニック）				
子宮がん検査	乳がん検診	ヘルスチェック		
月経異常	不正出血	おりもの	かゆみ	
子宮筋腫	更年期障害	不妊相談	セカンドオピニオン	
ピル	アフターピル	月経移動	性病検査	その他（　　）
症状があれば具体的に記入してください。 （　　）				

②月経について伺います。

前回（一番最近）の月経	（　　月　　日から　　日間）		
前々回の月経	（　　月　　日から　　日間）		
初　潮	（　　歳）	閉　経	（　　歳）
現在の月経周期	（　順調　／　不調　　で　　日周期）		
月経の量	（　多　／　中　／　少　）		
月経障害	（　なし　／　下腹痛　／　腰痛　／　頭痛　／　肩こり　／　その他）		
月経障害の程度	（　強　／　中　／　弱　） ＊強；毎回薬使用、中；時々薬使用、弱；我慢できる		

③ご結婚について伺います。

結婚されていますか？	・いいえ ・はい（　　年　　月　　歳の時）
性交の経験	（　ある　／　ない　）
ご主人の年齢は？	（　　歳）（　健康　／　病気　／　死亡）

④妊娠について伺います。

妊娠の回数は全部で	（　　回）＊流産や人工中絶を含むが、今回の妊娠は除く
分娩の回数は全部で	（　　回）＊死産も含む
妊娠、分娩時に異常はありましたか？	・いいえ ・はい　　⇒（具体的に　　）

⑤ご家族について伺います。

実　父	（　　歳　）（健康　／病気　／死亡）（病名；　　）
実　母	（　　歳　）（健康　／病気　／死亡）（病名；　　）

⑥既往症について伺います。

今までに治療した、あるいは現在治療中の病気があれば〇をつけて下さい。					
心臓病	高血圧	糖尿病	肝臓病	喘息	腎臓病
尿路感染症		乳腺疾患（乳腺症など）		その他（　　）	
現在内服している薬と、通院している病医院名をお書きください。 （　　）					
今までに手術を受けたことがあればお書きください。		・なし ・あり（　　年　　月　　歳；病名　　）			

⑦乳がん検診について（ご希望の方のみご記入ください）。

現在、乳房の自覚症状はありますか？	・いいえ ・はい ⇒どのような症状ですか？　以下を〇で囲んでください。 （　しこり　／　痛み　／　乳汁分泌　／その他　　） ⇒その症状はいつからですか？ （平成　　年　　月頃から）
乳がん検診を受けたことがありますか？	・いいえ ・はい（平成　　年　　月） （　　病院／クリニック／検診ｾﾝﾀｰ） （結果；　異状なし／異常あり；病名　　）
親族に乳がんの方はおられますか？	・いいえ ・はい（父親／母親／祖父／祖母／兄弟／姉妹／叔父／叔母）
豊胸術や乳房へのヒアルロン酸注入、脂肪注入など、侵襲的処置の既往はありますか？	・いいえ ・はい（種類；　　）
妊娠中または妊娠の疑いがありますか？ 授乳中ですか？	・いいえ ・はい（　処置　／　妊娠中　／　授乳中　）

※当院では乳房への侵襲処置、妊娠中（疑い）、授乳中の患者様への超音波検査を行いません。もし、上記チェック項目と異なる場合に判定困難や不能で再検査となっても費用の返却はできませんのでご了解ください。

⑧その他、以下をご記入ください。

食品や薬剤などにアレルギーはありますか？	・いいえ ・はい（種類；　　）
右のものを使用したことがありますか？	（ 避妊リング ／ ピル ／いずれもない）

職　業	（　　）
喫　煙	・しない　　・する（1 日に　　本）
飲　酒	・しない　　・する（　毎日　／　時々　）

後発医薬品（ジェネリック）に変更して宜しいでしょうか？	・はい ・いいえ

医師のご希望はありますか？	（　男性医師　／　女性医師　／　特になし　）

＊重症の患者様、緊急を要する患者様など当院が必要と判断した場合、男性医師／女性医師のご希望に関わらず全スタッフで対応させていただく可能性があります。
＊18:00 以降の「受付」は夜間料金（¥500 の３割＝¥150 負担）が発生しますので、ご了承下さい。

当クリニックのことは、どのようにお知りになりましたか？（複数回答可）

（　看板・広告　／　当院ホームページ　／　口コミ　／　チラシ　／知人の紹介）
（その他　　）

＊皆様に関わる全ての情報は当院内で厳重に管理し、治療目的以外には使用致しません。

ご記入、ありがとうございました。