

問診票 A

ふりがな
名前

住所 〒

電話番号（自宅）

（携帯）

生年月日 昭和・平成____年____月____日（ ）才

職業

本日、受診された理由は何ですか。

生理についてお答え下さい。

一番最近の生理の始まった日は、____年____月____日から____月____日まで

生理周期は（順調・不順） 順調の場合____日周期

不順の場合、早くて____日、遅くて____日

生理の量は（多い・普通・少ない）

生理痛は（重い・普通・軽い）

結婚はされていますか（はい・いいえ）

食品や薬品に対するアレルギーはありますか（はい・いいえ）

ある場合、何に対するアレルギーですか。_____

今までにかかった主な病気についてお答え下さい。

喘息・糖尿病・リウマチ・甲状腺の病気・その他

現在、服用している薬はありますか。

無い・有る_____

血のつながっている家族で病気の人はいいますか。

リウマチ・甲状腺の病気・血栓症（心筋梗塞、狭心症、脳梗塞、脳血栓など）

血のつながっている家族で、流産を繰り返した人はいいますか。

身長____cm 体重____kg

杉ウイメンズクリニック