

問診票 A

ふりがな
名前 _____

住所 〒 _____

電話番号（自宅） _____

（携帯） _____

生年月日 _____年____月____日（ ）才

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、脑梗塞、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 _____