

問診票

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
お名前			
ご住所	〒 -		
自宅電話番号		ご連絡先	携帯・職場・その他
ご職業	既婚・未婚・子供あり・子供なし		
携帯アドレス	@ docomo.ne.jp・softbank.ne.jp・ezweb.ne.jp		

ご予約日の3日前に確認メールを配信いたします。パソコンからのメールを拒否されている場合は【@watashino.jp】のドメイン解除をお願い致します。

今日はどのような症状のご相談で来院されましたか？

上記について一番つらいこと（ひどい症状、治してほしい症状、もっとも心配なこと）は何ですか？

現在、治療中の病気がありますか？ いいえ・はい（病名： ）

現在、内服している薬がありますか？ いいえ・はい（薬品名： ）

入院するような病気にかかったことがありますか？ いいえ・はい（病名： ） 歳）

手術を受けたことがありますか？ いいえ・はい（病名： ） 歳）

アレルギー性の病気がありますか？

アトピー皮膚炎・蕁麻疹・かぶれ・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物・その他（ ）

薬のアレルギーがありますか？ いいえ・はい（薬品名： ）

治療のご希望をお聞かせ下さい。

健康保険の範囲内で治療 ・ 健康保険外の治療も希望 ・ 応急処置のみ希望

美容治療を希望 ・ 健康診断（検診）を希望 ・ サプリメント相談 ・ 基礎化粧品相談 ・ メイクアップ相談

来院されたきっかけは何ですか？

知人からの紹介（ ）様） ご家族からの紹介（ ）様） タウンページ

ホームページ・インターネット 駅の看板 当ホテルの看板 パンフレット

雑誌（雑誌名 ） テレビ（番組名 ） その他（ ）



私のクリニック目白

Miss&Mrs.

婦人科 問診票

お名前	身長	体重	日付:
()歳	cm	kg	ID:

1	今日はどうな症状・相談で来院されましたか？ あてはまるものを○で囲んでください。	婦人科専門検診(番号または名称:) ピル処方(低用量O.C. ・ 生理日調整 ・ アフターピル) 生理不順 ・ 不正出血 ・ 生理痛 ・ 無月経 ・ おりもの かゆみ ・ 性感染症 ・ 妊娠検査 ・ 妊婦検診 ・ 更年期相談 再検査 ・ 定期検診 ・ その他()
	2	これまでに婦人科を受診されたことがありますか？ はい ・ いいえ
	3	最終月経はいつですか？ 年 月 日 ~ 月 日
	4	月経は不順ですか？ 不順 ・ 時に不順 ・ 不順でない
5	月経周期は何日くらいですか？ 約 日 ~ 日周期	
6	月経痛はありますか？ ない ・ ふつう ・ 重い	
7	月経以外の出血がありますか？ ある ・ ない ・ わからない	
8	月経量が多いと感じていますか？ 多い ・ ふつう ・ 少ない ・ わからない	
9	初潮はいつごろですか？ ()歳ごろ	
10	閉経はいつごろですか？ ()歳ごろ	
11	性交渉の経験はありますか？ ある ・ ない	
12	結婚されていますか？ している ・ していない	
13	妊娠されたことがありますか？ ある ・ ない	自然分娩 ・ 帝王切開術 ・ その他分娩 ・ 自然流産 ・ 中絶 年齢と回数を教えてください。
	あるとお答えの方にお尋ねします。	
14	これまでにかかった婦人科の病気があればご記入ください。	
15	婦人科で手術(流産・中絶除く)を受けたことがありますか？ ある()歳) ・ ない	子宮 ・ 卵巣 ・ その他()
	あるとお答えの方にお尋ねします。	

ここからは婦人科問診票(当用紙)のみご記入の方にお尋ねします。 ※今回の診察にあたり一般問診票もご記入いただいている場合は必要ありません。

16	現在、内服している薬はありますか？	ない ・ ある()
17	現在、治療中の病気がありますか？	ない ・ ある()
18	薬のアレルギーがありますか？	ない ・ ある()
19	病気の既往歴がありますか？	ない ・ ある()
20	治療のご希望をお聞かせ下さい。	健康保険の範囲内で治療 ・ 健康保険外の治療も希望

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。



私のクリニック目白

Miss&Mrs.

OC初回処方時 問診チェックシート

記入日:

ID:

お名前	身長	体重	BMI
	cm	kg	
年齢	OC服用経験		
歳	有 ・ 無		

1	妊娠中または妊娠している可能性がありますか。	はい	いいえ
2	現在授乳中ですか。	はい	いいえ
3	喫煙しますか。	はい	いいえ
	はい(喫煙する)とお答えの方にお尋ねします。	喫煙年数	年
		喫煙本数	本/日
4	高血圧と言われたことがありますか。	はい	いいえ
5	血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの心血管系疾患またはその既往がありますか。	はい	いいえ
6	過去2週間以内に大きな手術を受けましたか。	はい	いいえ
	または今後4週間以内に手術の予定がありますか。		
7	脂質代謝異常(高脂血症)と言われたことがありますか。	はい	いいえ
8	激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむことがありますか。	はい	いいえ
9	不正性器出血がありますか。	はい	いいえ
10	乳がんや子宮がんと診断されたことはありますか。	はい	いいえ
11	糖尿病と言われたことがありますか。	はい	いいえ
12	胆道疾患や肝障害と診断されたことはありますか。	はい	いいえ
13	現在服用中の薬剤やサプリメントがありますか。	はい	いいえ
	薬剤やサプリメントの種類をご記入ください。		

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。