

問診票

初診日 年 月 日 ID

ふりがな		ふりがな	
氏 名		パートナー 氏 名	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)	生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
職 業		職 業	
携 帯	番号： メールアドレス： _____ @ _____	携 帯	番号： メールアドレス： _____ @ _____
住 所	〒 	住 所 同じ場合は 同じと記載	〒

*下記太枠項目は必須項目になります。 ☒チェックをお願いします。

・来院目的を教えてください (_____)
1) 身長・体重・既往歴・服用薬などについて
身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型(Rh + -)
・性交渉の経験はありますか ☐ いいえ ☐ はい ☐ 性生活がうまくいかない(相談したい)
・今まで経験された病気や、現在、持病はありますか
☐ 特に何ものなし ☐ 既往歴などがあれば教えてください (_____)
☐ 感染症の既往 (クラミジア B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV) ☐ その他 (_____)
・内服中のお薬はありますか ☐ いいえ ☐ はい (薬品名 _____)
・内服中のサプリメントはありますか ☐ いいえ ☐ はい (サプリメントの内容 _____)
・アレルギーありますか? ☐ なし ☐ あり→ ☐ ピーナッツ ☐ 卵 ☐ 大豆 ☐ ラテックス (☐ その他 _____)
2) 月経について
・初潮 _____ 歳 ・最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間
・(その前の月経) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間
・周期(月経がはじまった日から次の月経があるまで) ☐ 整 (_____ 日周期) ☐ 不整 (_____ 日から _____ 日)
・月経に伴い右記の症状がありますか ☐ 下腹部痛 ☐ 腰痛 ☐ 頭痛 ☐ PMS
・痛み止めを使用しますか ☐ いいえ ☐ はい (薬名 _____)
3) 生活習慣について
・煙草を吸いますか ☐ いいえ ☐ はい (_____ 本/日 ☐ 現在は吸っていない)
・アルコールは摂取しますか ☐ いいえ ☐ はい ①種類や量 (_____) ②頻度 (・ 毎日 ・ _____ 日/週)
・運動をしていますか ☐ いいえ ☐ はい ①内容 _____ ②頻度 (・ 毎日 ・ _____ 日/週)
・ストレスの自覚はありますか ☐ いいえ ☐ はい (・ 強い ・ 中くらい ・ 弱い)
・がん検診は受けていますか
子宮頸がん ☐ いいえ ☐ はい (最終検診日 _____ 年 _____ 月 異常があった場合はその内容 _____)
乳がん ☐ いいえ ☐ はい (最終検診日 _____ 年 _____ 月 異常があった場合はその内容 _____)
4) 結婚について
☐ 結婚 (西暦 _____ 年 _____ 月) ☐ 未婚 (西暦 _____ 年 _____ 月結婚予定)
5) パートナーの健康状態についてお尋ねします
・身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型(Rh + -)
・喫煙歴 ☐ なし ☐ あり (_____ 本/日 ・ 現在は吸っていない)
・病歴 (主な病気 _____ 歳の時 _____)
・内服中のお薬はありますか ☐ いいえ ☐ はい 薬品名 _____
・内服中のサプリメントはありますか ☐ いいえ ☐ はい サプリメントの内容 _____