

問診票 (内科 ・ 外科)

六本木プレストレディースクリニック

ID _____

記入日: _____年 _____月 _____日

フリガナ 名前	生年月日	S ・ H	年	月	日
住所 〒	自宅電話： 携帯電話：				

★あてはまるものにチェックを入れ () に必要事項を記入してください。

個人情報厳守しますのでご安心ください。

◆本日はどのような症状で受診されましたか。

◆その症状はいつ頃からですか。

◆その他

- 骨粗鬆症の相談 更年期の相談
 痔の相談 便秘の相談

1. 今までかかったことのある病気にチェックを入れてください。

- 悪性腫瘍・がん 脳血管障害 心臓病 腎臓病 肝臓病 糖尿病
 乳腺疾患 婦人科疾患 高血圧 喘息 アレルギー 脂質異常症
 骨粗鬆症 その他 ()

2. 現在内服中のお薬やサプリメントがありましたらご記入ください (お薬手帳の提示でも結構です)

3. 本日も相談の症状で、以前他の病院で治療をされたことはございますか。

- なし あり【治療内容： _____】

4. 血縁者の方で今までかかったことのある病気がありましたらチェックを入れてください。

- 悪性腫瘍・がん 脳血管障害 心臓病 腎臓病 肝臓病 糖尿病
 乳腺疾患 婦人科疾患 高血圧 喘息 アレルギー 脂質異常症
 骨粗鬆症 その他 ()

5. 普段飲まれるお酒やたばこの量を教えてください。

- ・アルコール なし あり【週 日】【種類： 】【量： 】
- ・タバコ なし あり【1日 本】【年間】

6. 現在妊娠中・もしくは妊娠の可能性はありますか？

- なし あり（ ヶ月） 可能性あり

★以下は更年期、骨粗鬆症の相談の方のみご記入ください。終わりましたら受付に提出してお待ちください。

7. 月経状況についてお聞きします。

- ・初潮： 歳
- ・閉経： 歳
- ・最終月経： 月 日から 日間
- ・月経周期：規則的（ 日） 不規則
- ・月経量：少ない 普通 多い 固まった血液が出る

以下の月経前後の症状で当てはまるものがございましたらチェックを入れてください。

- 月経痛 乳房痛 浮腫み 腰痛
- 睡眠障害 お腹の張り いらいら感・不安感など

8. 妊娠・出産・授乳歴についてお聞きします。

- ・妊娠 回
- ・分娩 回（1回目 歳 2回目 歳 3回目 歳 4回目 歳）
- ・経膈分娩 回
- ・帝王切開 回
- ・流産 回（ 歳）
- ・人工中絶 回（ 歳）

★妊娠のない方…性交渉経験：なし あり

*よろしければアンケートにご協力ください。当院を何でお知りになりましたか？(いくつでも可)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 済生会から院長継続 | <input type="checkbox"/> 検索してホームページを見た |
| <input type="checkbox"/> 他院から院長継続 | <input type="checkbox"/> ネットの紹介サイトで見かけた（サイト名 ）」 |
| <input type="checkbox"/> 院長の親戚・知人 | <input type="checkbox"/> 駅の看板を見た |
| <input type="checkbox"/> スタッフの親戚・知人 | <input type="checkbox"/> バス広告を聞いた |
| <input type="checkbox"/> 他院からの紹介（ ）」 | <input type="checkbox"/> 店の看板を見た |
| <input type="checkbox"/> 友人知人からの紹介 | <input type="checkbox"/> 自宅・職場が近所だから |
| <input type="checkbox"/> 口コミで聞いて | <input type="checkbox"/> その他（ ）」 |

ご協力ありがとうございました。受付に提出してお待ちください。