

医道レディースクリニック問診票

ご予約日：平成 年 月 日

ふりがな お名前	-----		生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 (西暦 年) 歳 ※和暦・西暦両方ご記入ください。
ご住所	〒 -			血液型 A・B・O・AB Rh-・+
お電話番号	ご自宅 携帯	FAX 番号		
身長	cm	体重	kg	ご職業 婚姻 既婚・未婚
メールアドレス	メールアドレス： @ ※当院ではご予約日前日にメール確認をお送りしております。予約前日メールを希望されますか？ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※高輪クリニック及び系列クリニック（医道五十三次クリニック、高輪和合クリニック、医道レディースクリニック、医道品川クリニック）からのダイレクトメール・郵便物・メルマガ等の情報発信を希望されますか？ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※品川メディカルモールセンター長は国際和合医療学会の常任理事を務めています。国際和合医療学会からの健康創造につながる詳細情報（ダイレクトメール、メルマガ）を希望されますか？ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			
ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人の紹介（紹介者氏名： ） <input type="checkbox"/> セミナー（セミナー名： ） <input type="checkbox"/> WEBサイト（HP・facebook・ブログ・お医者さん.jp） <input type="checkbox"/> その他（ ）			

婦人科について

当てはまる項目に○をつけて下さい

1. 今日はどうされましたか？

- 1) 妊娠している⇒ ・他院で診察あり ・市販検査薬陽性
- 2) 月経がない⇒ 妊娠の可能性： ・あり ・なし
- 3) 月経の症状⇒ ・月経痛 ・月経の量が多い
- 4) 月経以外の出血がある
- 5) お腹が痛い
- 6) 外陰部違和感⇒ ・かゆみ ・痛み ・腫瘤感 ・その他
- 7) おりもの（帯下）がある
- 8) 子供がほしい
- 9) 検診希望⇒ ・がん検査（子宮頸部、体部） ・子宮 ・卵巣
- 10) 更年期（ ）
- 11) その他（ ）

裏面もございます。

2. 月経についてお聞きします

- 1) 初潮は何歳ですか? _____ 歳
- 2) 閉経は何歳ですか? _____ 歳
- 3) 最終月経はいつですか? _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
周期: 順調 _____ 日型 不規則 (_____ 日から _____ 日)

3. 結婚、妊娠、出産についてお聞きします。

- 1) 性交渉の経験はありますか? ・ない ・ある
- 2) 結婚はしていますか? ・している (_____ 歳) ・していない
- 3) 妊娠したことがありますか? ・ない ・ある (_____ 回 _____ 歳のとき)
- 4) 出産したことはありますか? ・ない ・ある (_____ 歳のとき
経膈分娩 _____ 回、帝王切開 _____ 回)

4. 検査についてお聞きします。

- 1) 子宮頸癌検査は最近いつしましたか? ・ない ・ある (_____ 年前)
- 2) その結果は異常なかったですか? ・はい ・いいえ (_____)
- 3) 家族で卵巣癌、乳癌の既往歴がある方はいらっしゃいますか?
・いいえ ・はい (続柄 _____)

お体について

1. 現在治療中の病気はありますか?
・ない ・ある (病名 _____)
2. 現在服用中のお薬はありますか?
・ない ・ある (薬剤名 _____)
3. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状 (じんま疹など) が出たことはありますか?
・ない ・ある (内容 _____)
4. 今まで手術を受けたことがありますか?
・ない ・ある (手術名 _____)
5. 家族の中でがん、高血圧、糖尿病、遺伝子病になった方はいますか?
・いない ・ある (誰が、何に _____)

6. 喘息がありますか？

- ・ない
- ・ある（最終発作 年 月）
- ・小児喘息（ 歳まで）

7. 食欲はありますか？

- ・ない
- ・ある

8. よく眠れますか？

- ・よく眠れる
- ・普通
- ・よく眠れない

9. お通じについて

1) お通じは一日何回ありますか？ _____回

2) 便秘気味ですか？ ・はい（_____日間隔） ・いいえ

3) 便秘対策に何かお薬を使っていますか？ ・はい（_____） ・いいえ

4) 下痢をしますか？ ・はい ・いいえ

5) 尿の回数は？ 1日 _____回

10. 寒がりですか？ ・いいえ ・はい（特に寒さを感じる部位_____）

11. 風邪をひきやすいですか？ ・いいえ ・はい

12. 汗をよくかきますか？ ・いいえ ・はい

13. 体のどこかに痛みがありますか？ ・いいえ ・はい（部位_____）

14. 禁煙、飲酒についてお聞きします

・たばこ：吸わない・妊娠してやめた・吸っている（_____本/日くらい）

・飲酒：しない・妊娠してやめた・する（_____回/週 or 月くらい）

15. その他、伝えておきたいことございますか？

裏面もございます。

アレルギー体質チェックシート

アレルギーの出る項目がございましたら、○をおつけ下さい。

部位	項目
被髪頭部	ヘアダイ () シャンプー () 育毛剤 () ヘアピン ()
顔面	化粧品：下地クリーム () 化粧水 () アイシャドー () 乳液 () パック剤 () マスカラ () ファンデーション () サンスクリーン剤 () 外用品 () メガネ ()
眼周囲	点眼薬 () 眼軟膏 () 花粉 () 手に付着したアレルゲン () ビューラー () 化粧品 ()
口唇 口周囲	口紅 () リップクリーム () 歯磨き粉 () マンゴー () 金属 ()
耳・耳介周囲	ピアス () 頭皮に使用したもの () 補聴器 () 眼鏡 ()
頭部	ネックレス () 聴診器 () ヘアケア用品 () 衣類洗剤 ()
手	接触したもの全て () 洗剤 () 手袋 () 職業性・美容師 () ・菓子職人 () ・パン屋 () ・機械工 () ・自動車修理工 ()
上肢	ブレスレット () 時計 () 洗剤 () 手袋 ()
足	靴下 () 靴 () 抗真菌薬 ()
下肢	消毒薬 () 外用薬 ()
体幹	下着 () ゴム () ベルトバックル () 下着金具 () 衣類洗剤 ()
腋窩	デオドラント () 香水 ()
陰部	コンドーム () 外用薬 () 避妊薬品 ()
日光アレルギー	有 / 無
その他(血液検証)	