

# 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 平成 (西暦 年) ※和暦・西暦両方ご記入ください。	年 月 日	歳
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. 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）

### 2. 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）

3. 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

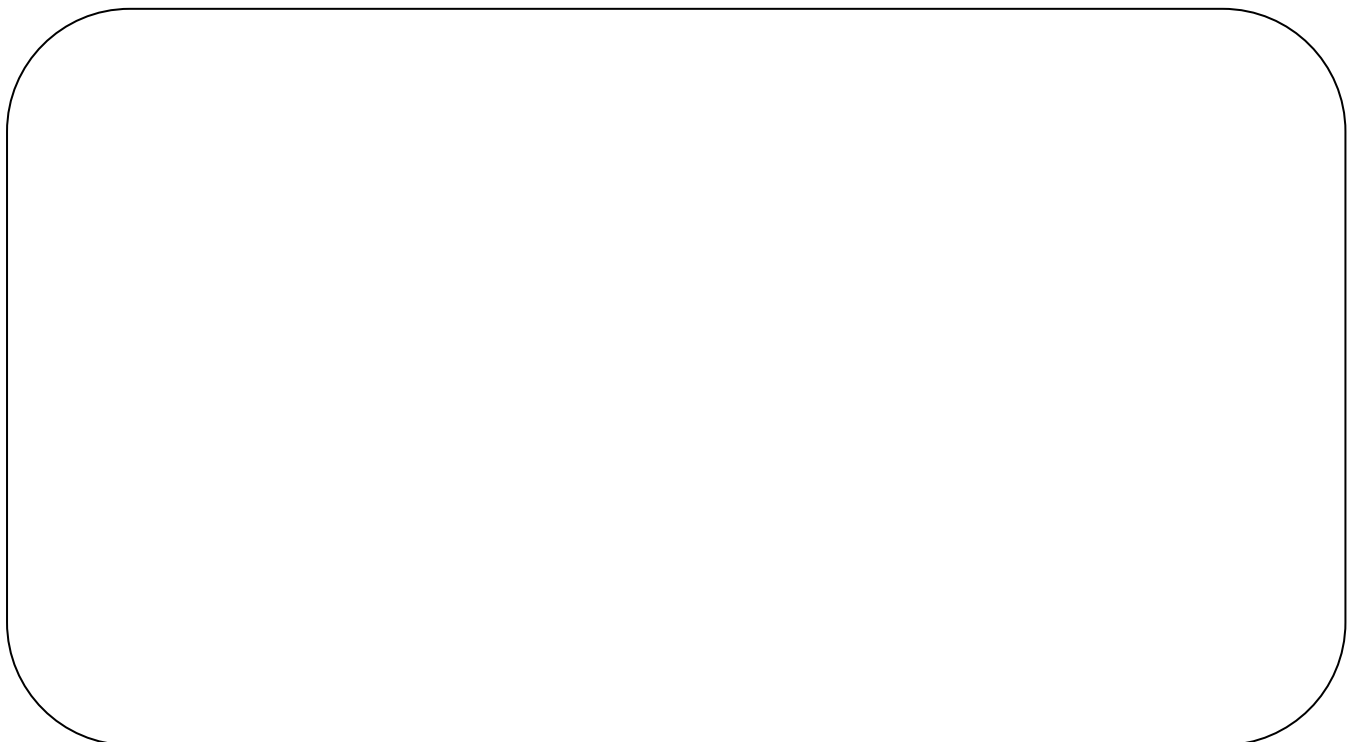
13. 体のどこかに痛みがありますか? ・いいえ ・はい (部位\_\_\_\_\_)

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?



# 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)	