

問 診 票

年 月 日

問診した内容は診察や事前検査の参考にさせていただきます。  
ご記入の際、不明な点は空白のままで結構です。ご協力お願い致します。

フリガナ			
氏 名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 才
住 所	〒		
電話番号	携帯	身長	cm・体重 kg

1. 本日来院された理由を教えてください。

内服処方の継続 がん検診

2. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

はい いいえ

内服中の方は、お薬手帳等を提示していただくか、ご記入ください

( )

3. 現在治療中又は今までにかかった病気はありますか？ はい いいえ

高血圧  糖尿病  心臓病  腎臓病  脳疾患  胃・十二指腸潰瘍  喘息  花粉症  
その他 ( )

4. 手術を受けたことがありますか？ はい いいえ

① ( 年 月 ) 手術名 ( )

② ( 年 月 ) 手術名 ( )

5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ はい いいえ

具体的に教えてください。 ( )

6. 妊娠の可能性 無 有

7. 月経周期 ( 日 )

一番最近の月経はいつですか？ ( 年 月 日 ~ 月 日 )

閉経はいつですか？ ( 歳 )

性交渉を持ったことはありますか？ はい いいえ

今まで妊娠したことはありますか？ はい いいえ

⇒妊娠 ( 回 ) 【中絶 回・流産 回】

分娩 ( 回 ) 出産方法：【正常出産 回・帝王切開 回】

子宮頸がん検診を受けたことがありますか？ (はい： 年 月 日) いいえ

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、この用紙を受付にお渡し下さい。

医療法人 正風堂 みどりの風クリニック