

# 女性ライフクリニック銀座 総合問診票

初診 再来初診 婦 乳 内 皮 他

※婦人科以外の診療科をご受診される方は、太枠内と●の質問にお答えください

No. \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日：大. 昭. 平.
	未婚 ・ 既婚	年 月 日 ( 才 )
住所	フリガナ	
	〒 — 都道府県	
電話番号：(自宅) — — (携帯) — —		
メールアドレス：		
当院からの連絡をさせていただく場合についてお尋ねします。 名義： <input type="checkbox"/> クリニック名での連絡希望 / <input type="checkbox"/> 個人名での連絡希望 自宅へ郵送： <input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 不可 自宅へ連絡： <input type="checkbox"/> 連絡可 / <input type="checkbox"/> 不可 携帯電話： <input type="checkbox"/> 連絡可 / <input type="checkbox"/> 不可		

- ご来院の目的は何ですか？ ご相談 ドック 婦人科検診 乳がん検診 各科診療
- 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg
- 現在、治療中あるいは経過観察中の病気はありますか？ ない / ある ( \_\_\_\_\_ )
- 病気、大きな手術の経験はされましたか？ 輸血歴：あり / なし  
 婦人科疾患 ( \_\_\_\_\_ / 才 ) 手術：あり / なし  
 乳腺疾患 ( \_\_\_\_\_ / 才 ) 手術：あり / なし  
 その他 ( \_\_\_\_\_ / 才 ) 手術：あり / なし
- 喫煙歴 ない / ある ( 現在も / 過去に ) →本数と期間 ( \_\_\_\_\_ 本 / 日 × \_\_\_\_\_ 年間)
- 飲酒 ない / ある  
 →機会飲酒程度 ( 少ない ) / 週に3~4日位 ( 中等量 ) / ほぼ毎日 ( 多い )
- 運動習慣 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上継続 している / していない
- アレルギー ( 薬など ) について ない / ある ( \_\_\_\_\_ )

- 月経について  
 月 経： 順調 不順 閉経した ( \_\_\_\_\_ 才で ) ピル服用中 HRT服用中  
 最終月経日：20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 周期： \_\_\_\_\_ 日型  
 月 経 痛： ない / ある →痛み止めを：飲まない / 飲む ( 月に \_\_\_\_\_ 日 )  
 月 経 量： 多い 普通 少ない
- 妊娠歴 ない / ある / 現在妊娠中  
 出産 \_\_\_\_\_ 回 ( →このうち正常分娩 \_\_\_\_\_ 回 帝王切開 \_\_\_\_\_ 回 )  
 流産 \_\_\_\_\_ 回 人工流産 ( 中絶 ) \_\_\_\_\_ 回

◇ 婦人科について (○印をつけてください。婦人科ご受診の方のみお答えください。)

1. 月経痛	2. 月経不順や無月経	3. 月経前の症状	4. 不正出血
5. 外陰のできもの	6. おりものやかゆみ	7. 性感染症の心配	8. 避妊希望
9. 不妊・なかなか妊娠しない	10. 月経をずらしたい	11. 緊急避妊	
12. 更年期ではないか	13. 性交痛・性交障害	14. 頭痛	15. イライラ・うつ気分・情緒不安定
16. 不眠	17. 排尿痛・頻尿	18. 尿失禁	19. 下痢・便秘
20. むくみ	21. 皮膚のトラブル	22. 全体的な体調不良	
23. ピル・HRT	24. 検診の希望 ( <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 乳がん )		
25. その他 ( _____ )			

◇ この内容について、いつ頃から・どのような症状なのかをお書きください。

◇ 性交の経験はございますか？ ない / ある ( 婦人科ご受診の方のみお答えください )