

# 問診表

ID:

平成 年 月 日

ふりがな		生	明・大・昭・平
氏名		年 月 日	
住所	〒	電話	
		携帯	

今までにかかった病気・手術歴 ( )

現在内服しているお薬 ( )

アレルギー ( あり・なし ) ありの場合、何に対するアレルギーですか? ( )

ご家族の方(両親・兄弟・祖父母まで)で癌を発症された方は? ( )

初経・閉経	初経 ( 歳 ) ・ 閉経 ( 歳 )
結婚	未婚 ・ 既婚 ・ 死別または離婚
性交経験	あり ・ なし
妊娠歴	あり ・ なし
	あり の場合(正常分娩・帝王切開・流産・中絶)
喘息	あり ・ なし
身長・体重	( )cm ・ ( )kg

◎現在妊娠されていますか? ( はい・いいえ・可能性あり )

◎授乳中ですか? ( はい・いいえ )

当院をどこで知りましたか? チラシ・インターネット・知人から聞いた・近所・その他( )

ありがとうございました。

ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診察以外には使用いたしません。