



ひろいウィメンズクリニック  
(問診票)

ふりがな  
お名前

年齢 歳 職業 ( )

身長 cm 体重 kg

当クリニックをどのような方法でお知りになりましたか？

インターネット( Yahoo ・ Google ・ 携帯 ・ その他 ) チラシ、 タウンページ、 駅看板、  
知り合いからの紹介、 他医療施設からの紹介 ( ) その他 ( )

1) 本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

- ・ 妊娠 ・ 月経異常(生理不順) ・ 出血 ・ 生理痛 ・ 下腹部痛 ・ 不妊 ・ 腫瘍
- ・ おりもの ・ かゆみ ・ 排尿障害 ・ 膀胱や子宮が下がっている ・ 更年期障害 ・ 子宮筋腫
- ・ 月経変更 ・ 避妊(ピル ・ 緊急避妊 ・ IUD ・ その他) ・ 町田市子宮がん検診
- ・ その他 ( )

2) 月経について教えてください。

初経 歳、 閉経 歳

最近の生理の開始日(西暦 年 月 日)

月経の周期は 順調・不順 、 月経の持続期間 日間、 月経量 ( 多い・ふつう・少ない )

月経の周期は約何日ですか 日

3) ご結婚、妊娠、出産について教えてください。

未婚 ・ 結婚している(結婚 西暦 年 月)

妊娠 回 (流産 回、中絶 回、子宮外妊娠 回)

分娩 回 正常分娩 回

異常分娩 回 (帝王切開や鉗子分娩など)

4) 性交渉の経験について ある ない

5) たばこは吸いますか はい→( 本/日) ・ いいえ

6) 現在、内服中のお薬がありますか？

ない ・ ある ( )

7) これまで治療や通院をしたことがある場合にお書き下さい。○をつけるか記入をしてください。

・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 肝機能障害

病名 .いつ頃 .治療内容 .

病名 .いつ頃 .治療内容 .

病名 .いつ頃 .治療内容 .

その他 ( )

8) アレルギーはありますか。 ない

ある→薬剤名 ( )

その他 ( )

9) 輸血を受けたことがありますか。 はい いいえ

10) 手術を受けたことがある場合に下にお書き下さい。

・ 歳 (手術) .

・ 歳 (手術) .

・ 歳 (手術) .

・ 歳 (手術) .



ひろいウィメンズクリニック  
(住所電話表)

ふりがな  
お名前

\_\_\_\_\_ .

生年月日

昭和  
平成

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .

ご住所 〒

\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ .

電話番号

\_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ .

携帯番号

\_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ .