

問診表

ID:

年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
氏名			
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。

医療法人 美龍会 はやしレディース肛門・泌尿器クリニック