

白山レディースクリニック問診票

年 月 日

ふりがな			〒		
お名前			住所		
生年月日	西暦	年 月 日(歳)	ご自宅	自宅tel	()
ご職業	未婚 既婚(年 月)婚約中		携帯	()	

- 1 直近の生理がはじまった日【 年 月 日～ 】
閉経【 】才
- 2 生理周期【 日周期】
- 3 授乳中ですか？【いいえ・はい】
- 4 妊娠したことはありますか？【いいえ・はい→ 回妊娠 回出産】
- 5 性交渉(セックス)の経験はありますか？【いいえ・はい・不明】
- 6 喫煙しますか？【いいえ・はい→1日 本】
- 7 【身長 cm/体重 kg】 BMI【スタッフ記入: 】
- 8 1年以内に子宮頸がん検診を受けていますか？【いいえ・はい→ 年 月】
- 9 半年以内に内科または人間ドックでの健康診断を受けていますか？【いいえ・はい→ 年 月】
- 10 当院を受診されたきっかけ インターネット・看板【駅 入口 電柱】ご紹介【 様】その他【 】
- 11 アレルギーはありますか？【なし・あり→以下にご記入ください】

- 12 現在通院中の病気、内服中のお薬はありますか？【なし・あり→以下にご記入ください】

- 13 過去に大きい病気や手術をしたことがありますか？【なし・あり→以下にご記入ください】

- 14 本日はどうなさいましたか？