



女性医療クリニック LUNA・ANNEX 問診表（1）

ID : [受診日] 年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	才
住所 〒						
電話番号	/ 携帯電話番号					

※ 問診表記入後、待合室の血圧計で血圧を測定し受付にお出してください。 BP / mmHg P
現在困っている症状

今までにかかった病気・けが（年齢も記入してください）

飲んでいる薬

現在の身長： cm 、 体重 kg
現在の妊娠中の可能性 [有・無] 授乳中ですか [はい・いいえ]
月経 [順調・不順] 最終月経 [月 日 ~ 日間] 閉経 [才]
アレルギー：薬剤アレルギー 無 有（薬剤名：）
食物アレルギー 無 有（食物名：）
嗜好品：お酒：飲まない 飲む 週（）日、お酒の種類と量（）
たばこ：吸わない 吸っていた（才～才） 吸う（才より 1日 本）
ご家族の方の病気と続柄：[祖父・祖母・父・母・兄弟・子供]
【糖尿病、高血圧、脂質異常症、心臓病、肺疾患、甲状腺疾患、乳線疾患、婦人科疾患、など】

今後のサービス向上を図る上で、アンケートにご協力ください。

当クリニックは、何で知りましたか？当てはまる箇所を○で囲んでください。<複数回答可>

- ・ 当院ホームページ ・ ウェブサイト（サイト名：） ・ 他の病院やクリニックより紹介
 - ・ 雑誌、新聞（雑誌、新聞名：） ・ テレビ（番組名：）
 - ・ 知り合いからの紹介（友人知人、家族） ・ たまたま通りかかって
 - ・ SNS（facebook、Twitter、Instagram、アメブロ）
 - ・ その他（）
- ご協力ありがとうございました。

写真撮影について 病状変化を経時的に把握するために写真撮影を行う場合があります。プライバシー保護に関しては、下記に準じます。

当院でのプライバシーポリシーについて

女性医療クリニック LUNA・ANNEX は診療に際して得た個人情報を第3者に提供はいたしません。

但し、LUNA・ANNEX から直接患者様へ新たな外来受診や検査の開始等の患者様に有益と思われる情報をお届けすることはあります。

また、女性医療発展のため学術学会・論文・講演会・ホームページ・出版する本などに個人情報を使用する場合があります。

この場合は個人が特定できないよう細心の注意を払い患者様のプライバシーを提供いたします。