



横浜元町女性医療クリニック 'LUNA' 問診票

[受診日 年 月 日]

(ふりがな)	()	(生年月日)					
氏名		明・大・昭・平	年	月	日	歳	
住所 (〒 -)							
	市	区町村					
電話番号 - -		携帯番号 - -	身長	cm	体重	kg	

1. 月経についてご記入ください。

- ① 初めての月経は 歳閉経の年齢は 歳
- ② 月経周期(月経が始まった日から次の月経が始まるまで)
 順調・ほぼ順調(日間)
 不順 [短い 日間・長い日 日間]
- ③ 月経期間(月経が始まってから終わるまで) [日間]
- ④ 月経の量は [多い・普通・少ない]
- ⑤ 月経に伴って以下の症状はありますか? [あり・なし]
 [頭痛・下腹部痛・腰痛・その他 ()]
- ⑥ 最近の月経は [年 月 日より 日間]
- ⑦ その前の月経は [年 月 日より 日間]

2. 結婚・妊娠についてご記入ください。

- ① 妊娠中ですか [はい・いいえ]
- ② 授乳中ですか [はい・いいえ]
- ③ 結婚していますか [はい(当時 歳)・いいえ]
- ④ 離婚なさいましたか [はい(当時 歳)・いいえ]
- ⑤ セックスの経験はありますか [はい・いいえ]
- ⑥ 妊娠されたことはありますか [はい・いいえ]
- | | | | | | |
|-----|---|--------------|----|-------|----|
| I | 歳 | [中絶・流産・分娩] | ヶ月 | [出産時 | g] |
| II | 歳 | [中絶・流産・分娩] | ヶ月 | [出産時 | g] |
| III | 歳 | [中絶・流産・分娩] | ヶ月 | [出産時 | g] |

3. 嗜好品についてご記入ください。

お酒 [歳より 1日] たばこ [歳より 1日] 本]

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 〉

- ① インターネット検索 (当院HP・googleの広告・yahoo等の広告)
- ② 他の病院やクリニックより紹介
- ③ 雑誌 (雑誌名:)
- ④ テレビ (番組名:)
- ⑤ 知人・友人・家族の紹介
- ⑥ たまたま、通りかかって
- ⑦ その他 ()

ご協力ありがとうございました。

※ 診察を受ける方は裏面もご記入ください。



