

健 診 票

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

あなたの健康の参考にしますので、次の質問にお答え下さい。

個人の秘密は守りますので安心してお書き下さい。

ふりがな 名 前		年 齢	才	生年月日	年 月 日
住 所	〒 _____				
電話番号	(自宅) _____	(携帯) _____			
仕 事	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 学生 差し支えなければ具体的に職種をお書き下さい (_____)				

1. ご相談になりたい内容は何ですか？ (レ印を付けて下さい)

- 月経痛 月経不順や無月経 月経前の症状 不正出血
 外陰のできもの おりものやかゆみ 性感染症の心配 性交痛・性交障害
 不妊 妊娠検査 妊娠検診 避妊希望 月経をずらしたい 緊急避妊希望
 更年期検査 排尿痛・頻尿 尿失禁 乳房のしこり・痛み・分泌物

- 頭痛 肩こり 首のこり 背部痛・腰痛 手指の痛み
 動悸・息苦しさ のぼせ・発汗 めまい・耳鳴り ふらつき 冷え性
 食欲不振 イライラ うつ気分 情緒不安定 不眠 倦怠感・疲労感
 記憶力不良 判断力不良
 便秘 下痢 肌荒れ・湿疹・蕁麻疹・にきび・皮膚のかゆみ
 しみ・しわ 脱毛 むくみ 口渇 眼精疲労・目の乾き

上記以外の症状の方は具体的にお書き下さい。

2. 上記の内容について、いつ頃からどのような症状なのかをお書き下さい。

3. 今までどんな病気をしましたか。

病名 (_____) : _____ 才) 手術 : あり なし
病名 (_____) : _____ 才) 手術 : あり なし
病名 (_____) : _____ 才) 手術 : あり なし

4. 現在病気で通院されていますか。

病名 (_____) 病院名 : (_____)
病名 (_____) 病院名 : (_____)
病名 (_____) 病院名 : (_____)

内服中のお薬

(_____) (_____) (_____) (_____)

5. アレルギーがありますか。 (はい ・ いいえ)
薬品名 () 食品名 () その他 ()

6. 肉親の方で次の病気になった人がおりましたらお書き下さい。(関係もご記入下さい)
癌 () 高血圧 () 糖尿病 () 脳卒中 () 心臓病 ()
肥満 () 痛風 () 精神病 () その他疾患名 ()

7. 現在パートナーはおられますか。
 未婚 結婚 (才) 離婚 (才) 再婚 (才)

8. 同居の方はいらっしゃいますか。 (いない ・ いる)
(親 兄弟姉妹 祖父母 夫 パートナー 子供)

9. 以下の質問にお答え下さい。

- ◆ 月経が最初にきた年齢 (才) 閉経した年齢 (才)
- ◆ 一番最近の月経開始日 () 月 () 日から () 日間
- ◆ 今回の月経は普段の量に比べ (少ない 同じ 多い)
- ◆ 月経の間隔 (月経初日から次の月経初日まで)
- ◆ 月経が不順の方は早くて何日型遅くて何日型とお書き下さい。
- ◆ 順調 () 日型 不順 () ~ () 日型
- ◆ 月経痛 (弱 普通 強) 鎮痛剤使用 (有 無)
- ◆ 月経の量 (少 普通 多) 凝血 (有 無)
- ◆ 性経験 (有 無)
- ◆ 妊娠した経験は 有 (回) 無
- ◆ 分娩回数 (回) : 正常分娩 (回) 帝王切開 (回)
- ◆ 流産回数 (回) : 自然流産 (回) 人口避妊中絶 (回)
- ◆ ここ1年間の間に子宮頸部癌検診をしましたか。 (はい ・ いいえ)
- ◆ ここ1年間の間に子宮体部癌検診をしましたか。 (はい ・ いいえ)
- ◆ ここ1年間の間に乳癌検診をしましたか。 (はい ・ いいえ)

10. あなたの人生の中で大切に思っていることは何ですか。
大切なものから順番に1~3番まで番号をお付け下さい。

() 仕事や勉強	() 家族関係	() 健康な体
() 趣味やスポーツ	() 友人との付き合い	() 地位や名誉
() 異性との付き合い	() 収入や財産	() 社会への貢献

ご協力ありがとうございました。 受付にお出し下さい。