

# 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。