



# 女性医療クリニックLUNA横浜元町 問診票

〔受診日 年 月 日〕

フリガナ	生年月日		
氏名	明・大・昭・平	年	月 日 才
〒	—		
住所	都道府県	市郡	区町
電話番号(自宅)	—	—	身長 cm
電話番号(携帯)	—	—	体重 kg
★ 今後メールで、LUNAからのお知らせや、お得な情報など希望される方はアドレスをご記入ください。			
Mail アドレス ( )			
※ メールアドレスを登録して頂くと、2週間以内に登録通知メールが届きます。もし届かない場合には、お手数ですが ヨヤクル(予約システム)のプロフィールにて、アドレスが正しいかどうかご確認下さい			

## 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 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》

- LUNAグループに受診された事ありますか? ( はい・いいえ )
- 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 〉
- ・ インターネット検索・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。

※ 診察を受ける方は裏面もご記入ください。



## 婦人科問診票

1、どんな症状でお困りですか？ 該当する項目に○をつけてください。

- |                              |             |           |             |
|------------------------------|-------------|-----------|-------------|
| 1・子宮がん検診(頸がん・体がん)希望          | 2・かゆみがある    |           |             |
| 3・出血があった                     | 4・おなかが痛い    | 5・月経不順    | 6・子宮筋腫といわれた |
| 7・卵巣が腫れているといわれた              | 8・妊娠しているか   | 9・おりものが多い |             |
| 10・更年期症状 [ 不眠・肩こり・のぼせ・いらいら ] | 11・避妊の相談    |           |             |
| 12・子供ができない                   | 13・手術後の定期検診 |           |             |
| 14・その他                       |             |           |             |

2、いつ頃からお気づきになりましたか。

[ 日前 ・ 月前 ・ 年前 ]

3、日常生活についてお聞きします。

食欲はありますか [ ある・普通・ない ]  
睡眠はとれていますか [ よく眠れる・普通・不眠 ]  
便通はどのくらいですか [ 日に 回 ]

4、今までにかかった病気を○で囲んでください。また、それはいつ頃(年齢)ですか。

婦人科疾患 [ ] 乳腺疾患 [ ] 腎臓病 [ ] 心臓病 [ ]  
高血圧 [ ] 糖尿病 [ ] 高脂血症 [ ] 喘息 [ ]  
甲状腺 [ ] その他 [ ]

5、今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

[ はい・いいえ ]

→ 〈 はい 〉の方は薬・食べ物の名前をお書きください。

6、あなたの血縁関係(祖父・祖母・父・母・兄弟・姉妹・子供)で次の病気にかかったことがありますか。または、現在かかっている方がいらっしゃいましたらご記入ください。

子宮がん [ ] 乳がん [ ] その他のがん [ ]  
高血圧 [ ] 糖尿病 [ ] 心臓病 [ ]  
甲状腺疾患 [ ] 肺結核 [ ] 脂質異常症 [ ]  
その他 [ ]

子宮体癌検  
診希望の方

子宮口には個人差があり、痛み出血の程度はさまざまです。また子宮口が非常に狭い場合、内膜組織採取が困難な場合があります。その際には超音波にて内膜の観察を行っています。何かありましたら医師にお尋ねください。

《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横浜元町は診察に際して得た個人情報を第三者に提供はいたしません。ただし、当院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お守りします。