

ソフィアレディスクリニック問診表（初診・再初診）

年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 昭・平・令 年 月 日（ 歳）
ご住所 〒	
☎電話番号 携帯： 緊急連絡先：（続柄）	ご職業 身長： cm、体重： kg 血液型： 型 Rh（ ）

1.本日の受診内容についてお聞かせください。

( )

2.過去に大きな病気にかかったり、手術したことはありますか？

感染症（B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒・クラミジア等）にかかったことのある方はそれも含めて記入してください。

年	年齢	病名（高血圧、糖尿病、喘息等も含む）	現在の状況	治療内容	内服中の薬	病院名
年	歳		治癒・治療中・未治療			
年	歳		治癒・治療中・未治療			
年	歳		治癒・治療中・未治療			
年	歳		治癒・治療中・未治療			

3.上記の病気以外で内服しているお薬やサプリメントはありますか？

いいえ ・ はい（ ）

4.薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

いいえ ・ はい（ 卵 ・ 大豆 ・ 局所麻酔 ・ 花粉 ・ その他（ ） ）  
→具体的な症状（ ）

5.たばこは吸いますか？ いいえ ・ はい（1日 本）

6.お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい（頻度： 、量： ）

7.月経について

①初めての月経は何歳ですか？（ ）歳

②最後の月経はいつから始まりましたか？（ 年 月 日）

③月経が始まってから次の月経が始まるまでは何日くらいですか？（ ）日

④月経量はどのくらいですか？ 血のかたまりが出る ・ 普通 ・ 少ない

⑤月経は何日くらい続きますか？（ ）日

⑥月経に伴って痛みはありますか？ いいえ ・ はい（部位： ）

↓裏面に続きます

