

# 問診票

【フリガナ】

【年齢】

【生年月日】

お名前

( 才 )

(西暦)

年

月

日

ご住所

TEL

携帯

下記のうち、当てはまるものを○で囲んで下さい。また( )の中は詳しく書き込んで下さい。

☆ 当院を受診されたのは、どんな事からですか？

出血・下腹部痛・腰痛・おりもの・かゆみ・月経不順・生理痛・生理の量が多い・性病検査  
子宮頸がん検診・子宮体がん検診・乳がん検診・職場の健康診断・子供がほしい  
尿に近い・子宮が下がる感じ・更年期障害・アフターピル・ピル処方・生理をずらす

妊娠の疑い → 今後のご予定( 出産 ・ 手術 ・ 未定 ) HCG( ) /

(くわしく )

☆ 初経(初めて生理があったのは)、( )才ごろ ☆閉経は、( )才頃

☆ いちばん最近の生理は？ ( )月( )日～( )月( )日まで

☆ 生理は順調ですか？ (順調・不順)・周期は、( )日型・期間は( )日型

☆ 生理の時、何か異常はありますか？(ない・生理痛が強い・量が多い)

☆ 今までに妊娠した事がありますか？ いいえ ・ はい ( )回

・そのうち子供を産んだことがありますか？ いいえ ・ はい ( )回

・分娩に問題はありましたか？ いいえ ・ はい

☆ 結婚していますか？ いいえ ・ はい ( 年目) その他( 離別 ・ 死別 )

☆ 子供の頃からこれまでに、通院・入院治療や手術などを受けたことがありますか？

ある ・ ない

(風邪などは除いて下さい。盲腸の手術は？輸血は？喘息は？糖尿病は？血圧は？)  
“ある”の方は、それぞれ具体的にご記入下さい。

( )

☆ 薬や食べ物があわなくてじんましん等がでたり、アレルギーといわれたことがありますか？

ない ・ ある ( 薬 ・ 注射 ・ 食べ物 ・ 鼻炎 ・ 皮膚炎 ・ その他 )

(くわしく )

☆ 血縁の方で、以下のような病気にかかった人がいますか？

いない ・ いる ( がん ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 手術の麻酔中に高熱がでた )

(その他珍しい病気など )

☆ 子宮頸がん検診を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい ( 約 年前 )

☆ お酒は？ 飲まない ・ つきあい程度 ・ 飲む ( 1日に ・ 週に くらい)

☆ たばこは？ 吸わない ・ 吸う ( 1日に 本くらいを 年間 )

☆ 身長 ( ) cm 体重 ( 非妊時 ) ( ) kg

☆ 当院を何で、お知りになりましたか？

・知人から教えてもらった ・地下鉄、西鉄看板 ・ホームページ ・近くを通りかかった

・その他( )

荘田レディースクリニック