問診票

【ﾌﾘｶﾞﾅ】　　【年齢】　　【生年月日】

お名前　　**（　　才）（西暦　　年　　月　　日）**

ご住所　　**TEL**

携帯

本日の診察ご希望のものに、〇で囲んで下さい。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
子宮頚がん検診・子宮体がん検診・職場の健康診断・子供がほしい・尿が近い
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 ）
☆ 性行為の経験はありますか？　　いいえ ・ はい
☆ 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　　）

☆ 子宮頚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 ・ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ ・近くを通りかかった
・その他（　　）

荘田レディースクリニック