

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

携帯番号

身長 () cm 体重 () kg 血液型 () 型 RH ()

◆本日のご相談・ご希望の診察内容をお尋ね致します。

出血 下腹部痛 腰痛 排尿時痛 頻尿 おりもの かゆみ

⇒ いつ頃から症状がありますか ()

生理不順 生理痛 生理前後の不調(PMS) 生理の量が多い 子宮が下がる感じ

子宮頸がん 子宮体がん 卵巣がん 職場の健康診断

妊娠検査(/ 陽性・陰性) ⇒ 今後のご予定(出産・手術・未定)

レディースプラン(自費診療) 更年期症状の相談 ピル処方 アフターピル 性病検査

子どもがほしい 生理をずらしたい⇒(月 日～ 月 日 生理予定日 /)

その他()

◆月経について

初経(歳) 閉経(歳)

最終月経:()月()日～()月()日まで 周期は()日型 (順調・不順)

◆結婚・妊娠・出産について

既婚・未婚 (性交渉の経験 無・有)

妊娠したこと 無・有 出産 無・有 _____回 (自然分娩・帝王切開)

◆子宮頸がん検診を受けたことがありますか 無・有

_____年 _____月頃 結果: 異常なし・異常あり ()

◆現在、服用中のお薬がありますか 無・有 ()

◆今までにかかった病気や受けた手術について 無・有 ()

◆喘息・食物・薬剤などのアレルギー 無・有 ()

◆家族(血縁)の方の病歴がありましたら ()に続柄をご記入ください 例:(父)

がん() 高血圧() 糖尿病()

◆喫煙 無・有 ⇒ (1日に 本くらい 年間)

◆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()

ご記入ありがとうございました
荘田レディースクリニック