

問診票

()

【フリガナ】お名前 () 【年齢】 (才) 【生年月日】 (西暦) 年 月 日

ご住所

携帯番号

身長()cm 体重()kg 血液型(A B AB O 不明)型 Rh(+ - 不明)

◆本日のご相談・ご希望の診察内容を○で囲んでください

出血 下腹部痛 腰痛 排尿時痛 頻尿 おりもの かゆみ できもの

⇒ 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)

無 ・ 有 ⇒ 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 ()