

問診票

()

フリガナ
お名前

年齢 生年月日
(才) (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)

1. ご来院目的に を入れ、その項目のあてはまるものに をつけてご記入下さい。

症状のご相談(症状によって内診による診察が必要となります)

おりもの においが気になる 陰部かゆみ できもの 痛み 生理不順 生理以外の出血
生理痛 生理の量が多い 下腹部痛 子宮が下がる感じ 膀胱炎症状
生理前後の不調(PMS) 更年期症状 その他 ()

検査を希望

子宮頸がん 子宮体がん 超音波(エコー)検査 職場の健康診断 紹介状持参 こどもがほしい
(子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 卵巣のう腫) を指摘されたことがある

性病検査をしたい

おりもの検査	咽頭検査	血液検査	その他
クラミジア・細菌(カンジダ・トリコモナス・淋菌)	クラミジア・淋菌	梅毒・HIV	

治療・処方を希望

- ・検査で陽性がでた為性病の治療をしたい
- ・プラセンタ注射を打ちたい
- ・毎日飲むピルを処方してほしい ⇨ (初めて 服用歴あり 前医からの継続)
- ・アフターピルを処方してほしい ⇨ (避妊に失敗して72時間以内ですか はい ・ いいえ)

妊娠の診察

妊娠検査薬: 検査未 ・ 検査した日 (/ 陽性 ・ 陰性)

今後の予定 ⇨ (出産 ・ 手術 ・ 未定)

生理調整

生理をずらしたい ⇨ (月 日 ~ 月 日 生理予定日 /)

上記以外のご相談・ご希望などご記入下さい

2. 月経について

最終月経:(月 日 ~ 月 日) 周期は()日型 順調 ・ 不順

閉経(歳)

3. 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)

4. 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 ()

5. 現在、服用中のお薬がありますか

無 ・ 有 ()

6. 今までにかかった病気や受けた手術について

無 ・ 有 ()

7. 喘息・薬剤アレルギー

無 ・ 有 ()

8. 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 ・ ホームページ ・ その他()