

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(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 ()

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