

# 問診票

記載日 年 月 日

フリガナ							
お名前		生年月日	年	月	日生	歳	
	_____様						
		自宅電話番号:	_____				
		携帯電話番号:	_____				
〒	—						
住所							
身長	cm	体重	kg				

1、 本日はどのようなことで来院されましたか？

1、 月経の異常	8、 子宮がん検診
2、 月経移動	9、 定期検診
3、 妊娠の可能性がある	10、 性感染症の検査
4、 おりものの異常	11、 避妊の相談
5、 下腹部痛	12、 中絶の相談
6、 不妊の相談	13、 他院からの紹介
7、 更年期の相談	14、 その他

具体的な症状や質問がある方はご記入ください

--

2、 普段の月経についてお尋ねします

一番最近の月経はいつでしたか	月 日～ 日間
	閉経 ( 歳ごろ)
月経周期	規則的 ( ) 日型・不規則
月経痛はありますか	弱い・ あるがそれほどでもない ・強い
月経量は	少ない・ 普通 ・多い

裏面もご記入お願いします

3、 性交渉の経験はありますか はい・ いいえ  
 ご結婚はされていますか 未婚・ 結婚予定( あり ・ なし )  
 既婚 結婚年齢 歳  
 離婚後 死別後

4、 今までに入院や手術をしたことがありますか？  
 また現在治療中の病気、内服中のお薬はありますか？

薬、注射、食べ物、金属などでアレルギー反応を起こしたことはありますか？  
 いいえ ・ はい ( ありの方は詳しくお書きください )

喫煙歴はありますか なし ・ あり → ( ) 歳から ( ) 年間。現在 1 日約 ( ) 本  
 子宮頸がんの検査を受けたことはありますか？  
 ( いいえ ・ はい ) → 年 月頃 結果 ( 異常なし ・ 異常あり )

5、 過去の妊娠や出産について該当する事項を記入してください

流産をしたことがありますか	いいえ ・ はい (	歳)
中絶をしたことがありますか	いいえ ・ はい (	歳)
出産をしたことがありますか	いいえ ・ はい (	わかる範囲で下記を記入してください )
	出産年月日	性別
		出生時体重
		妊娠、出産時の異常
(1)	年 月 日	男 ・ 女
		g
(2)	年 月 日	男 ・ 女
		g
(3)	年 月 日	男 ・ 女
		g
(4)	年 月 日	男 ・ 女
		g

6、 この病院をどちらでお知りになりましたか？  
 インターネット ・ 看板 ・ 知人 ・ チラシ ・ その他 ( )

7、 その他お聞きになりたいこと、ご意見、ご希望などありましたらお書きください。