

問 診 票

ID :

ふりがな

受付： 年 月 日 お名前： _____

住所： 〒 _____

電話番号： (自宅) _____ (携帯) _____

生年月日：和暦 (T. S. H.) _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 歳

- 最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間 (該当する項目の○にチェックしてください)
- 月経が遅れていますか ○遅れている ○遅れていない
- 妊娠の可能性がありますか ○ある ○ない
- 月経の量 ○多い ○多くて塊もある ○普通 ○少ない
- 月経の時に痛みはありますか ○はい ○いいえ
- 月経の周期 _____ 日型 _____ 日間 ○月経不順あり ○月経不順なし
- 閉経していますか ○はい 閉経年齢 _____ 歳
- 月経前後に症状がある場合該当する症状に○をつけて下さい
○ない ○頭痛 ○腰痛 ○いらいらする ○吐き気 ○浮腫み ○体重増加
○食欲亢進 ○緊張状態になる ○抑うつ状態 ○その他
- 性交の経験はありますか ○ある ○ない
- 結婚していますか ○していない ○している ○婚約中
- 妊娠したことがありますか ○ある ○ない
- 分娩したことがありますか ○ある 正常分娩 _____ 回、
○帝王切開 _____ 回 ○かんし分娩 ○吸引分娩
- 流産をしたことがありますか ○ある _____ 回
- 子宮外妊娠をしてことがある ○ある ○ない
- 人工妊娠中絶を受けたことがありますか ○ある _____ 回 受けた時の年齢 _____ 歳
- 現在服用している薬がありますか ○ある ○ない

服用薬がある場合そのお薬の病気に該当する病名に○をつけて下さい

- 高血圧 糖尿病 喘息 肝臓の病気 腎臓の病気 乳がん
甲状腺の病気 精神科関係または心療内科に関する病気
その他の病気_____

薬の名前がわかればお書き下さい_____

- アレルギーはありますか ある ない

ある場合以下に該当する場合○をつけて下さい

- 抗生剤 痛み止め 食べ物 金属類 動物 その他_____

- 今までに婦人科の手術を受けたことがありますか ある ない

手術を受けたことがある場合以下の該当する病気に○を付けて下さい

- 子宮筋腫による子宮全摘 子宮筋腫による子宮部分摘出

- 卵巣腫瘍による卵巣摘出 卵巣腫瘍による卵巣部分切除

- 円錐切除 その他の手術_____

- 今までに子宮がん検診を受けたことがありますか

- ある 最後に受けた時期は_____年_____月頃 ない

- 本日受診した理由で該当する症状・病気・希望事項があれば○を付けて下さい

- 妊娠確認 月経が止まった 月経の異常 陰部がかゆい 陰部が痛い

- 月経以外のお出血がある（不正出血） お腹が痛い お腹にしこりがある

- おりものが多い（黄色 ピンク 褐色 白いヨーグルト状）

- 尿がちかい 排尿時に痛みが 肩がこる 浮腫み 子供ができない

- めまい のぼせ 不眠 いらいらする

- 子宮がんの検査を受けたい（以下の希望に○をつけて下さい）

- 頸がんのみ 頸がん体がんの両方検査を受けたい 卵巣の検査

- ピル希望 プラセンタ希望 月経をずらしたい 避妊器具の挿入

- 人工妊娠中絶希望 緊急避妊希望 ビタミンC点滴

その他

何でこのクリニックをしりましたか（人から、HP、衣笠病院に通院していた）

その他
