

【 婦人科問診票 】

受診日： 年 月 日	
フリガナ	生年月日
氏名	M・T・S・H
〒	年 月 日生 (満 歳)
〒	【住所】
電話番号	( )

本日の来院目的を教えてください

- |                                               |                                          |                                             |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 外陰部のかゆみ・おりもの         | <input type="checkbox"/> 外陰部の痛み・できもの     | <input type="checkbox"/> ピルの相談・処方           |
| <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (子宮頸がん・子宮体がん) | <input type="checkbox"/> 月経困難 (痛みや量) の相談 | <input type="checkbox"/> プライダルチェック          |
| <input type="checkbox"/> 痛みがある (下腹痛・性交痛・腰痛)   | <input type="checkbox"/> 月経移動            | <input type="checkbox"/> 出血がある              |
| <input type="checkbox"/> 子宮筋腫・卵巣のう腫のチェック      | <input type="checkbox"/> 避妊の相談           | <input type="checkbox"/> 緊急避妊               |
| <input type="checkbox"/> 赤ちゃんがほしい             | <input type="checkbox"/> 妊娠しているか知りたい     | <input type="checkbox"/> 更年期障害 (のぼせ・めまい・冷え) |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )              |                                          |                                             |

月経や妊娠について教えてください

- 現在結婚していますか？ はい・( ) (頃予定) ・いいえ      生理痛はありますか？      はい・いいえ
- 初潮 ( ) 歳      閉経 ( ) 歳      月経量は多いですか？      少ない・普通・多い
- 最後の生理はいつですか？ ( ) 月 ( ) 日から ( ) 日間      月経は順調ですか？      はい ( ) 日型) ・いいえ
- 性交の経験はありますか？      はい・いいえ
- 妊娠の経験はありますか？      はい・いいえ      ※妊娠の経験のある方は下に記載をお願いします

年齢	週数	妊娠の経過
歳のとき	週	経膣分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶
歳のとき	週	経膣分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶
歳のとき	週	経膣分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶
歳のとき	週	経膣分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶
歳のとき	週	経膣分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶

これまでの病歴について教えてください

- |                            |                              |                                           |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|
| 何か持病がありますか？                | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ( )           |
| 手術を受けたことがありますか？            | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ( )           |
| アレルギーがありますか？               | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ( )           |
| ゴム製品 (ラテックス) のアレルギーがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ( )           |
| タバコを吸いますか？                 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ( 1日に ) 本 ( ) |
| 常用しているお薬がありますか？            | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ( )           |
| その他お伝えしたいことがありますか？         | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ( )           |

当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください

- インターネット (ホームページ・その他の情報サイト)       知人、親戚のお勧め       駅看板、電柱広告
- SNS       他院からの紹介       その他 ( )

こちらの記入内容は、当院で治療を受ける際とても大切な情報となります。紹介状の内容に関わらず、詳しくご記載ください。