

【 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

保険診療 <input type="checkbox"/> 外陰部のかゆみ <input type="checkbox"/> 外陰部の痛み・できもの <input type="checkbox"/> おりものの異常 <input type="checkbox"/> ピルの相談・処方 (初回・継続) <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 月経困難 (痛みや量) の相談 <input type="checkbox"/> 痛みがある (下腹部痛・性交痛・腰痛) <input type="checkbox"/> 更年期障害 (のぼせ・めまい・冷え) <input type="checkbox"/> 子宮筋腫・卵巣のう腫のチェック <input type="checkbox"/> その他 ()	自費診療 <input type="checkbox"/> 品川区子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (子宮頸がん・子宮体がん) <input type="checkbox"/> ブライダルチェック <input type="checkbox"/> 月経をずらしたい <input type="checkbox"/> 避妊の相談 <input type="checkbox"/> 緊急避妊 <input type="checkbox"/> 妊娠しているか知りたい <input type="checkbox"/> HPVワクチン <input type="checkbox"/> 風疹抗体チェック <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) 月経量が多いですか？ 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 ()
先発医薬品をご希望ですか？	<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。