【 婦人科問診票 】

受診日：　　年　　月　　日

フリガナ	生年月日 M・T・S・H 年　　月　　日生（満　　歳）
氏名	

〒　　－	【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	自費診療
□外陰部のかゆみ	□品川区子宮がん検診
□外陰部の痛み・できもの	□子宮がん検診（子宮頸がん・子宮体がん）
□おりものの異常	□ブライダルチェック
□ピルの相談・処方（初回・継続）	□月経をずらしたい
□不正出血	□避妊の相談
□月経困難（痛みや量）の相談	□緊急避妊
□痛みがある(下腹部痛・性交痛・腰痛)	□妊娠しているか知りたい
□更年期障害（のぼせ・めまい・冷え）	□HPVワクチン
□子宮筋腫・卵巣のう腫のチェック	□風疹抗体チェック
□その他（　　）	□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

初潮（　　歳）　閉経（　　歳）

最後の生理はいつですか？　（　　月　　日から　　日間）

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

生理痛はありますか？　はい・いいえ

月経量は多いですか？　少ない・普通・多い

月経は順調ですか？　はい（　　日型）・いいえ

年齢	週数	妊娠の経過
歳のとき	週	経腟分娩　・　帝王切開　・　流産　・中絶
歳のとき	週	経腟分娩　・　帝王切開　・　流産　・中絶
歳のとき	週	経腟分娩　・　帝王切開　・　流産　・中絶
歳のとき	週	経腟分娩　・　帝王切開　・　流産　・中絶
歳のとき	週	経腟分娩　・　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？	□いいえ	□はい（　　）
手術を受けたことがありますかか？	□いいえ	□はい（　　）
アレルギーがありますか？	□いいえ	□はい（　　）
ゴム製品（ラテックス）のアレルギーがありますか？	□いいえ	□はい（　　）
タバコを吸いますか？	□いいえ	□はい（　１日に　　本　）
常用しているお薬がありますか？	□いいえ	□はい（　　）
先発医薬品をご希望ですか？	□いいえ	□はい（　　）
その他お伝えしたいことがありますか？	□いいえ	□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．