

問診票 (初診)

記入日

年

月

日

ふりがな				生年月日
氏名				年 月 日 生まれ (歳)
住所	〒			
TEL	-	-	携帯電話	- -
緊急連絡先	氏名	続柄 ()	TEL	- -
職業			身長 cm	体重 kg

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・痛み・おりものが多い | <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"/> ブライダルチェック | <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの二次検診 (精密検査) 希望 |
| <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"/> 子宮筋腫・卵巣のう腫のチェック |
| <input type="checkbox"/> 出血がある | <input type="checkbox"/> 緊急避妊 | <input type="checkbox"/> 手術の相談 |
| <input type="checkbox"/> 赤ちゃんがほしい | <input type="checkbox"/> 避妊の相談 | <input type="checkbox"/> 術後の経過観察希望 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠しているのを知りたい | <input type="checkbox"/> 更年期障害 (のぼせ・めまい・冷え) | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 膀胱炎の症状がある (頻尿・排尿痛) | <input type="checkbox"/> 子宮が下がってきた | |

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	経腔分娩・帝王切開・流産・中絶
歳のとき	週	経腔分娩・帝王切開・流産・中絶
歳のとき	週	経腔分娩・帝王切開・流産・中絶
歳のとき	週	経腔分娩・帝王切開・流産・中絶
歳のとき	週	経腔分娩・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 () |
| たばこを吸いますか？ | <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 () |
| 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 () |
| その他に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 () |

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 紹介 (家族・友人・) さん | <input type="checkbox"/> インターネット | <input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |