

# 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	- -
職業		身長 cm	体重 kg
緊急連絡先	氏名	続柄（ ）	TEL - -

## 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（生理をずらしたい）    | <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"/> 緊急避妊ピル            | <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（出産希望・未定） | <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？（ピルの場合は種類も） | <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（ ）            |                                  |                             |                                  |