

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"/> 外陰部の症状（かゆみ・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"/> おりもの（多い・においがする） | <input type="checkbox"/> 緊急避妊希望（アフターピル） （自費） | <input type="checkbox"/> 子宮頸がんの二次検診（精密検査）希望 |
| <input type="checkbox"/> 月経時の痛みや月経量に関する相談 | <input type="checkbox"/> 月経移動（生理をずらしたい） （自費） | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫・卵巣のう腫のチェック |
| <input type="checkbox"/> 月経に関係のない痛みがある | <input type="checkbox"/> 今後の避妊の相談 | <input type="checkbox"/> 手術の相談 |
| <input type="checkbox"/> 月経前の症状（PMS） | <input type="checkbox"/> ブライダルチェック希望 | <input type="checkbox"/> 術後の経過観察希望 |
| <input type="checkbox"/> 生理が不順 | <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"/> 不正性器出血がある | <input type="checkbox"/> 膀胱炎の症状がある（頻尿・排尿痛） | |
| <input type="checkbox"/> 赤ちゃんが欲しい | <input type="checkbox"/> 子宮が下がってきた | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠しているのか知りたい（出産希望・未定） | | |

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？

月経は順調ですか？ はい（ _____ 日型） ・ いいえ

（ 20____年 ____月 ____日から 20____年 ____月 ____日まで）

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	経膈分娩・帝王切開・流産・中絶
歳のとき	週	経膈分娩・帝王切開・流産・中絶
歳のとき	週	経膈分娩・帝王切開・流産・中絶
歳のとき	週	経膈分娩・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（ _____ ） |
| ご両親・ご兄弟に遺伝性の病気の方がいますか？ | <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（ _____ ） |
| 子宮がん検診を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい（ 最後に受けたのは _____ 年 _____ 月頃 ） |
| 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（ _____ ） | | | |