

問診票（再診）

記入日

年

月

日

* 前回の受診から半年以上が経過している方は記載をお願いいたします

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日生まれ (歳)

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"/> プライダルチェック | <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"/> 妊娠しているのか知りたい | <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 | |

その他のことについて教えてください

最後の生理はいつですか？（ ____月 ____日から____ 日間） 閉経（ ____ 歳）

前回の受診から今日までの間に 妊娠をされましたか？ いいえ はい（ ____ 回）

手術をされましたか？ いいえ はい（ ____ ）

内服薬が増えましたか？ いいえ はい（ ____ ）

スタッフ記入欄	
ID番号	