

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） | | |

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）

性交の経験はありますか？（ いいえ はい ）

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	