

問診表

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日生	() 歳
氏名				
住所	〒	携帯電話番号		
		電話番号		

① 本日、受診された理由 (✓をつけて下さい)

- 月経の異常 (月経痛がひどい 量が多い 月経不順 月経以外の出血)
- おりもの・かゆみ
- 腹痛・腰痛
- 妊娠 (検査薬陽性 検査日: 月 日)
- 避妊 低容量ピル希望 アフターピル希望
- その他 ()

その症状で診察を受けたことはありますか? なし ある (医療機関名:)
 他院からの紹介 (医療機関名:)

② 生理について

- ・初経: _____ 才頃 ・閉経: _____ 才頃
- ・一番最近の生理はいつからですか? _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- ・月経周期: 順調 () 日周期 不順
- ・血液量 (多い 普通 少ない) ・生理痛 (強 中 弱 なし)

③ 性交渉の経験はありますか? はい いいえ

④ 妊娠・分娩歴 妊娠 _____ 回、出産 _____ 回、流産 _____ 回、中絶 _____ 回

	子供の生年月日	妊娠週数	分娩様式	性別	妊娠・分娩時の異常
1	年 月	週(カ月)	経膈・帝王切開	(男・女)	
2	年 月	週(カ月)	経膈・帝王切開	(男・女)	
3	年 月	週(カ月)	経膈・帝王切開	(男・女)	

⑤ 現在、他の病院に通院していますか? また、内服している薬はありますか?

病名 _____ 医療機関名 _____ 薬剤名 _____
 病名 _____ 医療機関名 _____ 薬剤名 _____

⑥ 過去に手術を受けたことや、大きな病気にかかったことはありますか?

(ない ある) _____ 才 病名 _____ 治療 _____

⑦ アレルギーはありますか? (ない ある)

(薬・食べ物・ゴム・金属・その他 _____)

⑧ 子宮がん検診を受けましたか? (受けていない 受けた)

年 月・病院名 () 結果は? 異常なし 異常あり

⑨ 家族の方に糖尿病・高血圧・肝臓病・心臓病 がんなど、病気の方はいますか?

いない いる (誰・病名 _____)

⑩ 喫煙していますか? (いいえ はい: 1 日 _____ 本)

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか? はい いいえ

(保険証の場合、コピーの同意をお願いします。保険情報の登録ミス防止のために使用します。目的外の使用はいたしません。)