

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	〒	電話番号		
		携帯電話番号		
		体温	℃	

① 本日、受診された理由 (✓をつけて下さい)

- 月経の異常 (不順 量が多い・少ない 月経痛がひどい)
- 月経以外の出血
- おりもの・かゆみ
- 腹痛・腰痛
- 更年期障害
- 妊娠 (妊娠検査薬 : 陽性 陰性 調べていない)
- 避妊相談 (低容量ピル・アフターピル希望)
- 子宮がん検診希望
- その他 ()

② 生理について

- ・一番最近の生理はいつからですか? ___月___日から___日間 または閉経___才頃
- ・生理は順調ですか?
 - はい () 日周期
 - いいえ (~) 日周期
 - いつくるかわからない
- ・生理の時 血液量は? (多い 普通 少ない)
- 生理痛は? (強い 弱い 全くない)
- ・初潮は___才、結婚は___才 現在、ご主人は___才 (健康 病気 いない)

② 性交渉の経験はありますか? はい いいえ

④ これまでの妊娠は? 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)	自然・帝王切開・その他	(男・女)	
2	年 月	週(カ月)	自然・帝王切開・その他	(男・女)	
3	年 月	週(カ月)	自然・帝王切開・その他	(男・女)	

⑤ 今までかかった大きな病気や手術はありますか? (現在も)

(ない ある) ___才 病名_____治療_____

現在内服している薬はありますか? (ない ある)

(薬品名 _____)

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 _____)

⑥ 最近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

⑦ 家族の方に糖尿病・高血圧・肝臓が悪い・心臓が悪い がんなどの病気の方はいますか?

いない いる (誰・病名 _____)

⑧ 喫煙していますか? (いいえ はい : 1日___本)

保険証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。)