

問診表

No ()

ふりがな

氏名 _____ 様

生年月日： 大昭平 年 月 日 (才)

住所 _____

電話 _____

1) どうされましたか？当てはまる症状がありましたら○印をつけて下さい。

* 妊娠

〈自分で妊娠判定薬を調べた（陽性＋ または 陰性－） 調べていない〉

* おりものの異常 〈（かゆみがある 量が多い 色が（白い 黄色い 茶色い）〉

* 生理痛 * 下腹痛 * 腰痛

* 生理不順 * 不妊かどうか調べたい

* 不正出血 〈出血した日はいつですか？ : 月 日 〉

* 更年期相談 * 子宮が下がってくる

* 膀胱症状 〈排尿痛 下腹痛 トイレに行く回数が多い

* 外陰部のできもの * 低用量ピルの相談 * 緊急避妊薬の相談

* 子宮がん検診の希望 * 乳がんが心配 * 漢方薬の相談

* その他 〈 〉

2) 月経（生理）についてお答えください。

* 最近の月経はいつからいつまでですか（ 月 日～ 月 日まで）

* 初経は何才ですか（ 才） * 月経周期は何日型ですか（ 日型）

* 閉経は何才ですか（ 才）

3) 結婚について：〈 未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 再婚 〉

未婚のかたでSEXの経験は？ 〈 無 ・ 有 〉

4) 妊娠について：妊娠（ 回） 流産（ 回） 人工妊娠中絶（ 回）

分娩（ 回） 〈 自然分娩 ・ 帝王切開 〉

5) 過去に大きな病気や手術を受けたことがありますか？

〈 〉

6) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

〈 〉

7) 喫煙 〈 無 ・ 有 （一日 本位） 〉

当院をどのようにしてお知りになったのか○印をお付け下さい。

〈知人やご家族の紹介 他院から紹介 インターネット 当院ホームページ

駅の看板 タウンページ その他 〈 〉

ハタカズコ婦人クリニック