

問 診 票

年 月 日

フリガナ				生年月日			
お名前				昭和・平成・令和 年 月 日 (才)			
住所	〒			職業	主婦 会社員・公務員・パート その他 ()		
電話	携帯			自宅			
診察内容	1. おりもの 2. かゆみ 3. 出血 4. 腹痛・生理痛 5. 腰痛 6. 性交痛						
	7. 頻尿・排尿痛・残尿感 8. 月経の異常 9. 更年期について						
	10. 性病検査希望 11. レディースチェック						
	12. 子宮がん検診 (前回検査した日 年 月)						
	13. 生理日変更希望の方は下記の内容をご記入下さい (生理になりたくない日 月 日 ~ 月 日 次回の生理予定 月 日) 最終月経 (月 日から 日間) 月経周期 (日型・不順)						
	14. 避妊の相談 (常用ピル・緊急避妊用ピル・リング挿入・その他)						
	15. 妊娠希望 (避妊していない期間 年 ヶ月位)						
	16. その他症状がございましたら具体的にご記入ください						
※ <input type="checkbox"/> 性交渉経験のない方はこちらにチェックを入れてください							
喫煙	無 ・ 有 (本/日)						
月経	最終月経 (月 日 ~ 日間) 月経周期 (日型) 初潮年齢 (才) 閉経年齢 (才) 基礎体温表 (体温表持参 ・ アプリ ・ 無)						
結婚	未婚・結婚年月 (年 月) ・ 予定 (年 月) ・ 離婚 (年 月)						
妊娠	出産 (回) ・ 流産 (回) ・ 中絶 (回) ※月経や避妊・妊娠、がん検診に関わる症状の方は妊娠歴も記入して下さい						
	出産年齢	生年月日	性別	出生体重	出産時の週数	分娩方法	出産場所
家族歴	高血圧 ・ 糖尿病 ・ その他 ()						
1. 既往歴を記入してください。(病気・手術・帝王切開・精神疾患・肝炎などの感染症も含む) (例: 30歳の時子宮内膜症で内視鏡手術、50歳から糖尿病治療、20歳で気管支喘息発症など)							
[]							
2. 今現在内服している薬や通院している病院はありますか。病名・病院名・内服薬名を記入してください。							
[]							
3. お薬、食物、体質のアレルギーはありますか。(ゴムやアルコール消毒なども含む)							
[]							