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
	※　□　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）

［　　］

○当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
○正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ベルズレディースクリニック