

問 診 表

記入日：20 年 月 日

ふりがな

お名前：_____ 生年月日：西暦_____年_____月_____日 年齢：_____歳

住所：〒_____

電話：自宅_____ 携帯_____ ご職業：_____

身長：_____cm 体重：_____kg 体温：_____度

1. どうされましたか。当てはまるものがあればいくつでも○をお付けください。

出血・月経が来ない・月経不順・過多月経・月経痛・下腹痛・おりものの異常・陰部のかゆみ
ピル希望・緊急避妊・避妊相談・月経移動・子宮がん検診・ブライダルチェック・性病チェック
子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・子宮頸管ポリープ・子どもができない・更年期障害
妊娠かどうか・・・市販の妊娠検査が_____月_____日に陽性・陰性だった ・市販の妊娠検査は試していない
その他（_____）

2. 月経について

初潮（初めて生理のあった歳）_____歳 閉経（生理のなくなった歳）_____歳

月経は順調ですか。・・・ 順調 ・ 不順

月経周期（生理の始まった日から次の生理のはじまった日までの日数）は・・・_____日型

月経は何日間あるのが普通ですか。・・・_____日間継続

月経は多いですか。・・・ 少ない ・ 普通だと思う ・ 多い

月経時に症状はありますか。・・・下腹痛・腰痛・吐き気・頭痛・その他（_____）

最後の月経は・・・_____月_____日から_____月_____日まで

その前の月経は・・・_____月_____日から_____月_____日まで

3. 結婚について

結婚していますか。・・・未婚・既婚・離別・死別 性交（セックス）経験・・・なし・あり

4. 今までの妊娠について

今までの妊娠：合計_____回

出産_____回（経膈分娩_____回、帝王切開_____回）、流産_____回、中絶_____回、その他_____回

5. 今までに病気や手術をしたことがありますか。ある方はいつ頃、何の病気ですか。

・ない ・ある・・・_____年、または_____歳 病名：_____
_____年、または_____歳 病名：_____
_____年、または_____歳 病名：_____

7. 喘息はありますか。・・・ ない ・ ある（最終発作：_____歳）

8. アレルギーはありますか。・・・ ない ・ ある（_____）

9. 喫煙していますか。・・・ 喫煙していない ・ 喫煙している（1日_____本、_____年間） ・ 禁煙した

10. 今までに子宮がん検診を受けたことがありますか。

ない ・ ある・・・最後の検診は_____年_____月

11. 当クリニックをどのようにしてお知りになったか○をお付けください。

通りがかり・チラシ・インターネット・知人の紹介・その他（_____）

☆～☆～☆ ご回答どうもありがとうございました。記入が終わりましたら受付へご提出ください。☆～☆～☆