

問 診 票

ID :

記入日： 年 月 日

ふりがな			
氏 名			
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 -		
電話番号		身長	cm 体重 kg
職 業		結 婚	未婚 ・ 既婚 ・ 離婚

◆本日の受診理由（今現在の症状）を○で囲んでください。

- ・月経不順
- ・不正出血
- ・月経痛
- ・月経前症候群(PMS)
- ・避妊相談（アフターピル / 低用量ピル / 避妊リング）
- ・陰部の痒み
- ・おりもの異常
- ・陰部できもの
- ・下腹部痛
- ・性病検査
- ・更年期相談
- ・子宮がん検診（頸がん/体がん）
- ・がん検診後の精密検査
- ・妊娠確認
- ・月経移動

※上記に当てはまらない場合や具体的な症状があればご記入ください。

◆これまでの月経や妊娠・出産などについてお聞かせください。

初潮（ 歳） 性交経験（無・有） 月経状況（順調・不順・閉経している 歳）

一番最近の月経（ 年 月 日～ 日間） その前の月経開始日（ 年 月 日～ 日間）

月経周期（ ）日型 出血期間（ ）日間 出血量（少ない・ふつう・多い）

月経痛（無・有 → 腹痛・腰痛・乳房痛・頭痛・その他）

妊娠の可能性（無・有 → 検査薬：未・陽性・陰性 検査年月日： 月 日）

妊娠・出産経験 { 無・有 → 妊娠： 回、自然流産： 回、人工妊娠中絶： 回、子宮外妊娠： 回 }
出産： 回、胞状奇胎： 回

◆これまでにかかった病気やアレルギーなどについてお聞かせください。

子宮がん検診歴について（無・有 → 検診年月： 年 月 異常：無・有）

大きな病気について（無・有 → 年齢： 歳 病名：）

手術を受けた経験について（無・有 → 年齢： 歳 手術名：）

薬のアレルギーについて（無・有 → 薬剤名：）

現在服用中の薬について（無・有 → 薬剤名：）

喫煙について（無・有 → 1日の本数： 本 年数： 年間）