

問診表

年 月 日

フリガナ

氏名 _____

住所 _____

TEL (自宅・携帯) _____

生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)

本日はどのようなご相談でいらっしゃいましたか？

1. 妊娠・・・市販の妊娠チェック していない
した [・陽性(+)
・陰性(-)]
2. 子宮がん検査
3. 不正出血
4. かゆみ、おりもの
5. 月経相談 (生理痛・量が多い・不順・その他)
6. 不妊相談
7. 避妊相談
8. 更年期障害
9. 下腹部痛
10. しこり(腹部・外陰部・その他)
11. 性病のチェック
12. その他()

生理の様子を教えてください

- ・初潮年齢 歳
- ・最終月経 月 日から 日間 (閉経 才頃)
- ・月経周期 (順・不順)
月経初日から次回月経初日までの日数は? 日から 日位
- ・月経量 (少・普通・多い) ・月経期間 (1~2日・3~7日・8日以上)
- ・月経痛 (有・無) 痛み止めの内服頻度 (毎回・ときどき・飲まない)

これまでの妊娠について教えてください

妊娠回数 回 出産回数 回
自然流産 回 人工中絶 回

以下は診察法や治療法に影響する情報ですので書ける範囲でお願いします。

・下記のような病気にかかっていたり、治療したことがありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病
喘息 緑内障 その他()

・手術を受けた事がありますか？

有() ・無

・今までにからだに合わなかった薬はありますか？

ある(薬剤名:) ・無

・結婚していますか？ (している・していない)

・性経験 (有・無)

・職業 _____ 身長 cm 体重 kg

この後の診察や会計の時に問診表の名前で呼びしてもよろしいですか？

はい ・ 受付番号など名前以外で()

檜町ウィメンズ*クリニック