

# 問診表

記入日 平成 年 月 日

フリガナ	大正・昭和・平成	年	月	日	( ) 歳
お名前	職業	身長	cm	体重	kg
〒	自宅電話番号	-	-		
現住所	携帯番号	-	-		必ずご記入ください

## 1. 本日はどうなさいましたか？ (ご来院の目的にチェック✓及び項目に○と記入をお願いします。)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> がん検診 (子宮・卵巣)・定期検診 (子宮・卵巣等) | <input type="checkbox"/> 生理移動 (予定生理日__月__日・避けたい日 / ~ / ) |
| <input type="checkbox"/> 出血があった・生理不順 (頻繁・たまに)       | <input type="checkbox"/> (低用量ピル・ミレーナ・緊急避妊) 希望            |
| <input type="checkbox"/> 生理痛・月経前の諸症状 (いらいら・不安等)     | <input type="checkbox"/> 子宮が下がる、尿漏れ                      |
| <input type="checkbox"/> 生理の量が多い・少ない (今回だけ・いつも)     | <input type="checkbox"/> 膀胱炎が心配 (トイレが近い・痛み・残尿感)          |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 (生理痛以外)・腰の痛み            | <input type="checkbox"/> 更年期が心配 (のぼせ・発汗・いらいら・不安)         |
| <input type="checkbox"/> おりものが多い・かゆみ・臭いが気になる        | <input type="checkbox"/> 骨密度検査希望・骨粗しょう症が心配               |
| <input type="checkbox"/> 陰部のはれ・痛み                   | <input type="checkbox"/> 子供が欲しい・できない・不妊症が心配              |
| <input type="checkbox"/> 性病が心配・パートナーが性病             | <input type="checkbox"/> かぜ・インフルエンザ・吐き気・下痢・胃痛            |
| <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか (市販検査陽性・生理が来ない)     | <input type="checkbox"/> 性交痛などの性生活の相談・夫 ED               |
| <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 (希望・相談中)            | <input type="checkbox"/> (ブライダルチェック・レディースドック・性病チェック)     |
| <input type="checkbox"/> 禁煙外来希望                     | <input type="checkbox"/> ワクチン接種希望 ( )                    |

※症状・ご病気によっては当院で診察をお受けできない場合があります。

その他 ( )

その症状はいつ頃からありますか？ 月 日から・( 日前から、 月前から、 年前から)

※以下は記入または○でお困みください

## 2. 月経について

- 一番最近の月経は ( ) 月 ( ) 日から始まり ( ) 日間 (いつもと同じ・少ない・よく覚えていない)
- ☆ 初潮は 歳 ・ 閉経は 歳 ☆ 月経は (順調・不順) ( ) 日周期：生理の始まりから次の生理までの日数)
- ☆ 月経痛は (強い・普通・弱い・無) ☆ 月経の量は (多い・普通・少ない)

## 3. 結婚、妊娠、分娩について

- ☆ 現在の婚姻状況 (未婚・結婚予定・既婚・離婚・再婚・死別)
- ☆ 性交 (セックス) の経験はありますか？ (あり・なし) ※必須 診察の方法が異なります。
- ☆ 妊娠回数 ( ) 回 {中絶 ( ) 回・流産 ( ) 回}
- ☆ 分娩回数 ( ) 回 (帝王切開 回・理由 )
- 妊娠中・分娩の異常はありましたか？ (なし・あり) [切迫流早産・早産・妊娠糖尿病・妊娠高血圧・胎児異常]
- 具体的に

## 4. 今までの病気の既往歴・手術歴・アレルギーの有無・持病について

- ☆ たばこは吸いますか？ (いいえ・はい) 年前から 1日 本
- ☆ 入院歴や手術歴はありますか？ (なし・あり)
- 病名 手術名
- ☆ いつも飲んでいる薬はありますか？ 現在治療中、もしくは経過観察中の病気はありますか？ (なし・あり)
- 薬の名前 治療中もしくは観察中の病名
- ☆ 薬・注射・食事のアレルギーはありますか？ (なし・あり) 何の？
- ☆ ご両親やご兄弟に高血圧、糖尿病、がん、脳卒中その他の病気は？ (なし・あり)
- 病名

## 5. 当医院を知ったきっかけは何ですか？

- ☆ ホームページ・知人の紹介・通りがかり・看板 (駅・道路)・タウンページ・その他 ( ) ※必須

ありがとうございました。受付にお持ちください。