

問診票

平成 年 月 日

ID :

ふりがな
氏名: _____ 生年月日: 年 月 日 (歳)

〒 - _____
住所: _____

電話番号: _____ 携帯番号: _____

■ 今日はどうされましたか？

- ・妊娠したかも - 検査薬 ____月 ____日に陽性
- ・妊婦健診希望 ・妊娠しないので相談希望 ・更年期の症状あり相談
- ・がん健診を希望 - 子宮頸がん ・ 子宮体癌 ・ 乳癌
- 何か気になる症状とかはありましたか？ _____
- ・帯下がある 匂い-あり ・ なし かゆみ-あり ・ なし
- ・不正性器出血 あり ・ なし
- ・そのほか婦人科で相談したいことがある

具体的には？ _____

■ 最後に生理が始まった日は？ _____ 月 _____ 日

■ 生理周期 順 ・ 不順

■ バラバラな方はどのくらい？ _____ 日くらい

■ 初経は何歳でしたか？ _____ 歳

■ 閉経したのは何歳でしたか？ _____ 歳

■ 妊娠したことがありますか？

- ・妊娠 ____回 ・分娩 ____回 ・流産 ____回 ・人工妊娠中絶 ____回
- ・その他： _____

□ 分娩した方は詳しくどうぞ

- ・分娩週数: _____ 週 性別: _____ 体重: _____ g 異常の有無 - 有 ・ 無
- ・分娩様式 - 自然分娩 ・ 帝王切開

■ 今他に受診している病院があれば

何の病気ですか？ _____
お薬を教えてください _____

□ これまでに大きな病気・手術などは？

具体的にどうぞ: _____

■ アレルギーは何かありますか？

・薬 ・食物 ・花粉 ・その他 具体的に分ければ: _____

■ 何を見て来院されましたか？

- ・インターネットのホームページ ・通りすがり、看板 ・他院からの紹介 ・知人の紹介 ・折込チラシ
- ・その他: _____

ご記入ありがとうございました。