

婦人科問診票

受診日 平成 年 月 日 ID

フリガナ 氏名	様	生年月日	年	月	日()歳	
血液型	型 Rh (+ -)	身長()cm	体重()kg			
住所	〒					
電話番号	ご職業					

1	<p>ご来院の理由(該当するものいくつかでも○を付けて下さい。)</p> <p>不正性器出血 下腹痛 月経不順 月経困難症(月経痛、頭痛) おいもの 痒み 妊娠の診断(妊娠であれば 分婉希望 / 中絶希望 / 考慮中) 避妊の相談(ピル、アフターピル、リング) 月経周期変更 子宮がん検診 膀胱炎 ドック(ガールズ、レディース、フライダル、ミドルエイジ) ビタミン点滴 フラセンタ 更年期症状 外陰部のでき物 外陰部の痛み 不妊相談 その他()</p>
2	<p>月経について</p> <p>初経:()歳 閉経:()歳 最近の生理 (月 日 ~ 日間) 月経周期(順調 日型 不順)</p>
3	<p>結婚、妊娠、出産について</p> <p>ご結婚されていますか? (はい 結婚年月 年 月 いいえ) 性交の経験はありますか? (はい いいえ) 妊娠の回数 回 出産回数 回 人工中絶 回 自然流産 回</p>
4	<p>婦人科を受診したことはありますか? (ない ある)</p> <p>婦人科の病気 ない ある(病名: 治療) 大きな病気をされたことはありますか? ない ある(病名:) 現在治療中の病気はありますか? ない ある(病名: 内服薬) アレルギーはありますか? ない ある() 喫煙について 吸わない 吸う(本/日 年間)</p>
5	<p>ご家族の方で、癌や大きな病気をされた方はいらっしゃいますか? (続柄: 病名)</p>
6	<p>今後当院からのお知らせをお送りしてもよいですか? いいえ はい (郵送 メール(アドレス:))</p>
7	<p>当院を何でお知りになりましたか? 新聞の広告 看板 駅の看板 雑誌() インターネット (ホームページ 検索サイト()) ご紹介(紹介者名)</p>