

____年 ____月 ____日

No. _____

ID _____

問診票

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
お名前		電話番号	() - 連絡がとれる番号をご記入下さい
ご住所	〒		

担当医の指定 (なし・ある)

1. 本日受診された理由をお聞かせください。

- | | | | |
|---------|---------|---------|-------------|
| ①不正出血 | ②腹痛 | ③おりもの | ④かゆみ |
| ⑤月経異常 | ⑥月経痛 | ⑦排尿の異常 | ⑧性病の検査 |
| ⑨更年期障害 | ⑩がん検診 | ⑪外陰部の異常 | ⑫避妊相談 |
| ⑬不妊 | ⑭腰痛 | ⑮妊娠かどうか | ⑯尿失禁 |
| ⑰ピル希望 | ⑱生理日の調節 | ⑲風邪症状 | ⑳レーザー・ピーリング |
| その他 () | | | |

2. 月経について教えてください。

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| ①初潮 () 才 | ②閉経 (未、) 才 |
| ③最終月経 ____年 ____月 ____日から ____日間 | |
| ④周期 () 日型、(順調、不順) | |
| ⑤月経量 (多、中、少) | ⑥月経痛 (なし、時々、いつも) (強、中、弱) |
| ⑦月経以外の出血 (ある、ない) | |

3. 妊娠、結婚について教えてください。

- ①結婚 () 才時、未婚 ②妊娠 () 回、出産 () 回 ③性交渉の経験 (あり、なし)

4. 病気の既往について教えてください。

- ①大きな病気をしたことがありますか? (ある、ない)
- ②病名 ()
- ③手術を受けたことがありますか? (ある、ない)
- ④手術名 ()
- ⑤アレルギーはありますか? (ある、ない)
- ⑥何のアレルギーですか? ()

5. ご家族の方で下記のご病気をされた方はおられますか? (ない、ある)

- 高血圧、がん、糖尿病、結核、喘息、その他 ()

6. 今、服用/使用しているお薬を教えてください。 (ない、ある、薬名)

7. 当院を何でお知りになりましたか?

- | | |
|----------------|-----------------------|
| ①知人の紹介 (紹介者名) | ②広告を見て (チラシ、駅の看板、その他) |
| ③たまたま通りかかった | ④ホームページ |
| ⑤その他 () | |

ご協力ありがとうございました。