

# 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ  
氏名

大・昭・平・令 年 月 日( )歳

〒

TEL

住所

こちらから連絡してもよい番号をご記入下さい

- \* 未婚・既婚 (結婚年月日 年 月) \* SEX経験 (あり・なし)  
\* 前回の子宮がん検診 ( 年 月・全く受けていない) \* 現在の身長 cm 体重 kg  
\* 前回の乳がん検診 ( 年 月・全く受けていない)

## 本日の来院理由

- 子宮がん検診  月経調節 (避けたい期間 月 日～ 月 日)  
 乳がん検診  避妊用ピル 喫煙(する・しない)  
 月経異常  緊急避妊用ピル  
 不正出血  妊娠(継続/手術) 検査した日( 月 日/結果: )  
 腹痛  その他、伝えておきたいことはこちらに  
 性器のかゆみ  
 おりものの異常  
 膀胱炎症状  
 更年期障害  
 子供がほしい ➡ 不妊外来用の問診票にもご記入下さい。

## 月経について

\*最近の月経 月 日～ 月 日

初経 才 閉経 才

現在の月経周期 日周期 日間

今までの手術及び輸血について なし あり( )

## 病歴について

- 癌( )  梅毒  クラミジア  淋病  肝炎(A型・B型・C型)  
 糖尿病  高血圧  甲状腺疾患  結核  その他( )

アレルギーについて なし あり( )

薬品等でショック又はアレルギー反応がでたことがある場合必ず薬剤名を記入して下さい

現在服用中の薬について ( )

血縁者の病歴と続柄 癌( )・高血圧( )・糖尿病( )・その他( )

## 婦人科疾患及び妊娠出産について

妊娠 回 出産 回 流産 回 人工妊娠中絶 回

帝王切開 子宮外妊娠 子宮筋腫 卵巣嚢腫(右・左) その他( )

(出産年月日)

(分娩経過)

(分娩医院)

年 月 男・女 g 正常/異常(流産・早産・死産・他)

年 月 男・女 g 正常/異常(流産・早産・死産・他)

年 月 男・女 g 正常/異常(流産・早産・死産・他)

当院では正確な情報を取得活用するためにマイナ保険証のご利用をお願いしています

マイナ保険証で受付された方にお伺いします 診療情報取得に同意しましたか はい いいえ