

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ
氏名
〒

大・昭・平・令 年 月 日()歳

住所

TEL

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 日 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) |
| 年 月 | 男・女 | g | 正常/異常(流産・早産・死産・他) |