

# 問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日( 才)
氏名	様	御職業	なし・あり ( )
住所	〒	TEL	( ) -
		携帯TEL	( ) -
		身長 ( cm) 体重 ( kg)	

①にチェックしてください

1. どのようなことで来院されましたか？

- 子供がほしい
- 子宮癌検診
- 婦人科検診
- 妊娠かどうか
- 更年期症状がある
- 避妊の相談
- 生理不順
- 生理をずらしたい
- 不正出血がある
- 下腹部痛がある
- おりものの異常
- 生理痛で悩んでいる
- 外陰部のかゆみ
- 外陰部の痛み
- 性感染症が心配
- 生理前にイライラする
- 花粉症で悩んでいる
- 肩こりで悩んでいる
- 腰痛で悩んでいる
- その他 ( )

◎御結婚されていますか？ はい S・H \_\_\_\_年 \_\_\_\_月  
 いいえ ○離婚 ○死別

2. 生理についてお答えください。

最近の月経はいつですか？ ○平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日～ \_\_\_\_日間  
 ○ \_\_\_\_歳で閉経

3. 基礎体温をつけてますか？ ○はい ○いいえ

4. 妊娠・分娩についてお答えください。

性交渉の経験はありますか？ ○はい ○いいえ  
 今までに妊娠したことがありますか？ ○はい ○いいえ

↳ 「はい」の方は妊娠・分娩歴を下記の表に記入してください。

回数	妊娠した結果	年 月 日	妊娠中、分娩時の異常	回数	妊娠した結果	年 月 日	妊娠中、分娩時の異常
1	分娩・流産・中絶	S H . .					
2	分娩・流産・中絶	S H . .					
3	分娩・流産・中絶	S H . .					

5. 今までに大きい病気、または入院をされたことがありますか。○はい ○いいえ  
 はいの方は病名をお書きください。( )

6. アレルギー体質といわれたことがありますか。○はい ○いいえ  
 はいの方は (○薬 ○食べ物 ○その他)

7. 現在通院中ですか？ ○はい ○いいえ  
 はいの方は病名およびお薬を教えてください。  
 (病名: )  
 (薬: )

8. その他ご相談したいことがあればお書きください。

9. 当院をどこで知りましたか？

- ちらし・パンフレット
- インターネット
- 看板を見て
- その他 ( )
- 知人の紹介 (差し支えなければ記入お願いします。空白でもかまいません。)(知人名: )