

問診票(一般)

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日 歳
氏名		職業	
住所	〒	TEL	
		携帯TEL	
		身長	cm 体重 kg

- 1 どのようなことで来院されましたか？
 - 不妊治療の相談 子宮癌検診 婦人科検診 生理不順 生理をずらしたい
 - 妊娠の有無 更年期かどうか 性病検査 ブライダルチェック 不正出血
 - おりものの異常 外陰部のかゆみ 外陰部の痛み 生理痛
 - 生理前のイライラ 下腹部痛 排尿時痛 アフターピル希望
 - その他 ()
- 2 子宮がん検診を1年以内に受けましたか？ はい (年 月) 結果 (異常なし・あり)
いいえ
- 3 御結婚はされていますか？ はい いいえ
- 4 性交渉の経験がありますか？ はい いいえ
- 5 妊娠の経験がありますか？ はい (妊娠 回・出産 回・流産 回・中絶 回)
いいえ
- 6 最終月経はいつですか？ ・ 年 月 日～ 日間 規則的 (日周期) ・不規則
 ・ 歳で閉経
- 7 ・薬物アレルギー なし あり ()
 ・食物アレルギー なし あり ()
 ・その他のアレルギー なし あり ()
- 8 たばこを吸いますか？ いいえ はい (本/日)
- 9 これまでに下記のような病気をしたことがありますか？
 - 癌 結核 糖尿病 高血圧 腎臓病 梅毒 B型肝炎
 - C型肝炎 甲状腺疾患 心疾患 喘息 緑内障 なし
- 10 今までに大きな病気または入院をしたことがありますか？
はい (病名) いいえ
- 11 現在通院中ですか？ はい (病名) いいえ
- 12 現在服用中のお薬やサプリメントがありますか？ はい (薬品名)
いいえ
- 13 その他ご相談があればお書きください
 ()
- 14 当院をどこで知りましたか？
 - 他院からの紹介 病院名 ()
 - 知人の紹介 氏名 ()
 - チラシ・パンフレット インターネット 看板を見て