

問診表(一般婦人科)

平成 年 月 日

ふりがな 氏名			
生年月日	西暦	年 月 日(歳)	職業
自宅住所	〒 ※アパートマンション名まで詳細にお書きください		
自宅電話	— —	クリニックからの連絡	可 不可
携帯電話	— —	クリニックからの連絡	可 不可

◇本日はどのような症状で来院されましたか

月経不順 不正出血 月経痛 下腹部痛 妊娠の可能性 アフターピル
 月経の移動
 更年期障害 子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫が心配
 性病検査 がん検診 おりものの異常
 その他()

◇その症状はいつからですか

()

◇下記の項目についてご記入ください

- 初潮年齢 ()歳
- 最終月経 平成 月 日から ()日間
生理周期は (順 ・ 不順)
- 閉経 ()歳
- 結婚 (未婚 ・ 既婚)
- 妊娠・出産 妊娠()回 出産()回
- 性交渉 あり ・ なし
- 既往症 ある()・ない
- 手術歴 ある()・ない
- 子宮頸がん検査 受けた(H 年 月)・受けていない
- タバコ 吸う 一日()本 喫煙期間(年 ヲ月)・吸わない
- お酒 飲む 週に()日・飲まない
- アレルギー ある()・ない