

# 問診票(一般婦人科)

年 月 日

ふりがな						
氏 名						
生年月日	S・H・R	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 アフターピル 月経の移動

おりものの異常 子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫が心配

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

1 初潮年齢 ( )歳

2 最終月経 年 月 日から( )日間

生理周期は( 順 ・ 不順 )

3 閉経 ( )歳

4 結婚 ( 未婚 ・ 既婚 )

5 妊娠・出産 妊娠( )回・出産( )回

6 既往歴 ある( )・ない

7 手術歴 ある( )・ない

8 子宮頸がん検査 受けた( 年 月) ・ 受けていない

9 タバコ 吸う 一日( )本 喫煙期間( 年 ヶ月) ・ 吸わない

10 お酒 飲む 週に( )日 ・ 飲まない

11 アレルギー ある( )・ ない