

問診票

診察券番号() 来院日 年 月 日

フリガナ	生年月日	年齢
お名前	年 月 日	歳
住所 〒	電話番号	
職業	(学生 事務職 技術職 管理職 サービス業 教職員 医療関係 主婦 その他 ())	

どこでこのクリニックのことを知りましたか？ (友人・知人より 看板・広告 インターネット 元々主治医 その他)

インターネットの方はどのサイトをご覧になりましたか？ ・病院なび ・EPARK ・ドクターズファイル ・当院ホームページ

本日はどのような症状にお困りですか あてはまるものに○をつけて具体的にお書きください

- ・月経異常 (量・痛み・不順・その他：) ・排尿トラブル (痛み 残尿感 頻尿)
- ・不正出血 (いつから) ・性交トラブル ()
- ・月経移動 ・ピル (月経痛治療・避妊 緊急避妊)
- ・おりもの (量・色・におい) ・妊娠確認 (市販検査 あり なし) ・中絶相談
- ・外陰部トラブル (痒み・痛み・できもの) ・更年期 ()
- ・腹痛 (いつから) ・性同一性障害治療 ()
- ・その他 ()

*月経について

- ・初経 () 歳 ・周期 () 日型 ・量 (少ない 普通 多い) ・痛み (なし 普通 強い)
 - ・閉経 () 歳
- ・最終月経 月 日から

低用量ピルの内服は なし あり (・以前あり (種類)) ・現在内服中)

性交経験 なし あり

*妊娠出産について

- ・妊娠 () 回 ・出産 () 回 → 経腔分娩 () 回 ・帝王切開術 () 回
- ・流産 () 回 ・中絶手術 () 回

*今までの病気について

- ・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・甲状腺 ・喘息 ・心疾患 ・片頭痛 ・てんかん・癌 ()
- ・婦人科疾患 (・子宮筋腫・子宮内膜症・月経前症候群・卵巣腫瘍・その他：)
- ・精神科疾患 (・うつ・不安障害・その他：)
- ・手術 ()
- ・その他 ()

*内服中のお薬について：

薬剤名 ()

*アレルギーについて

- ・食品 無・有 () 症状 ()
- ・薬剤 無・有 () 症状 ()
- ・その他アレルギー ()

*検査の結果、悪性であった場合の告知の希望について

・本人 ・家族同席 ・本人以外の家族のみ

<ご家族への告知希望の場合は連絡先をご記入ください>

- ・家族の名前 () ・続柄 ()
- ・連絡先 (電話番号：)