

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 (〒 -)	携帯電話	
※本人以外の連絡先の場合はスタッフまでお声かけください		
職業	学生 事務 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 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？ 病院ナビ EPARK ドクターズファイル 当院ホームページ その他 ()

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○をつけてください

- ・月経について ・不正出血 ・おりもの ・外陰部トラブル (かゆみ 痛み できもの)
- ・ピル (月経痛治療 / 避妊目的) ・緊急避妊ピル ・月経をずらしたい ・性交トラブル
- ・妊娠確認 いつ(月 日) (市販検査・他院で) (陽性→濃い・薄い / 陰性) (中絶相談・出産希望・検討中)
- ・排尿トラブル(痛み 残尿感 頻尿 血尿 尿もれ) ・腹痛 ・更年期症状 ・性別不合(性同一性障害)治療
- ・その他 ()

上記症状はいつからですか？

()

月経について 最終月経 月 日から 日間

- ・周期 順 () 日型 / 不順 ・量 (少ない 普通 多い) ・痛み (弱い 普通 強い)
- ・初経 () 歳 ・閉経 () 歳

低用量ピルの内服 なし あり [・以前あり ・現在内服中 種類:]

性交経験 なし あり

妊娠出産について

- ・妊娠 () 回 ・出産 () 回 → ・経膈分娩 () 回 ・帝王切開術 () 回
- ・流産 () 回 ・中絶手術 () 回 ・子宮外妊娠 () 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 ・がん (部位:)
- ・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 ()

ご家族に次の病気の方がいますか？ あてはまるものに○をつけてください

- ・糖尿病 ・高血圧 ・がん (部位:) ・甲状腺 ・血栓症 ・その他 ()

現在内服中のお薬について ※お薬手帳があれば提出してください

・薬剤名 ()

アレルギーについて

- ・食品 なし あり () 症状 ()
- ・薬剤 なし あり () 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

<ご家族への告知を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:)