

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 ・ピル（月経痛治療 / 避妊目的） ・月経をずらしたい
- ・アフターピル ・妊娠確認[いつ（ 月 日）（市販検査・他院で）（陽性・陰性）（中絶相談・出産希望）]
- ・おりもの ・外陰部トラブル（かゆみ 痛み できもの） ・性交トラブル
- ・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

- ・初経（ ）歳 ・周期（ ）日型 / 不順 ・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 日間

低用量ピルの内服 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 ()
- ・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 () ・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:)