

記入日:西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

NO. \_\_\_\_\_

## 初診 問診票

ふりがな

名前 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_ ご結婚されていますか いいえ はい

生年月日(S H R) \_\_\_\_年 西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 年齢 \_\_\_\_歳

郵便番号 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 携帯 \_\_\_\_\_ 自宅 \_\_\_\_\_

問1 本日はどうされましたか

- 月経に関する症状 → 月経不順 月経痛 不正出血
- おりものに関する症状 → 量が多い 匂いが気になる 色が気になる
- 外陰部に関する症状 → かゆみ 痛み できもの
- 性病の検査
- 子宮筋腫・卵巣嚢腫の経過を診て欲しい → \*最後の診察月:西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月頃
- 妊娠したかどうか診て欲しい → \*検査薬使用日: \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( 陽性 陰性 )
- 更年期の症状がある → \*閉経: \_\_\_\_歳
- ピルの処方 : 月経痛治療 避妊 → 内服歴: 無 有 薬品名( \_\_\_\_\_ )
- 緊急避妊(アフターピル)の処方 → \*性交渉が行われた日: \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_時頃
- 月経を調整したい → \*避けたい日: \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

問2 上記の詳しい症状や気づいた時期、経過を教えてください

( \_\_\_\_\_ )

問3 一番最近の月経を教えてください

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

問4 妊娠の経験はありますか

いいえ ある:今までの妊娠回数 \_\_\_\_回

※あると答えた方は次にお答え下さい

分娩 \_\_\_\_回 生児数 \_\_\_\_人 自然流産 \_\_\_\_回 人工中絶 \_\_\_\_回

問5 今までにかかったことのある病気や持病はありますか

いいえ はい ※下記をご記入下さい

( \_\_\_\_歳 病名: \_\_\_\_\_ 手術: \_\_\_\_\_ 内服: \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_歳 病名: \_\_\_\_\_ 手術: \_\_\_\_\_ 内服: \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_歳 病名: \_\_\_\_\_ 手術: \_\_\_\_\_ 内服: \_\_\_\_\_ )

問6 子宮がん検査を受けたことがありますか

いいえ はい:西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 結果:正常 異常

問7 当院を知ったきっかけを教えてください

ホームページを見た 友人・知人から聞いた 家・職場の近く その他( \_\_\_\_\_ )