

問診票

名前

才

※子宮頸がん検診は1年以内に受けましたか？いいえ はい(年 月)異常なし あり 次の予定()

身長	cm	体重	Kg	初潮	才	閉経	才	未婚	既婚	性交経験	なし	あり
月経周期	(~ 日) 生理開始から次の生理前日までの期間											
職業	会社員 主婦 パート 学生 医師 看護師 薬剤師()											

お子様的人数 ()人 過去の妊娠:妊娠 回 分娩 回 流産 回 中絶 回 子宮外妊娠 回

年月日	出生体重	性別											
	g	男女	分娩(経膈 帝王切開)⇒(健 否)	流産	中絶	死産	その他						
	g	男女	分娩(経膈 帝王切開)⇒(健 否)	流産	中絶	死産	その他						
	g	男女	分娩(経膈 帝王切開)⇒(健 否)	流産	中絶	死産	その他						

アレルギー *なし *あり⇒薬品名・食物名()

既往歴(ご自身の通院 入院 手術 事故 怪我)

年齢	病名	手術名	完治	内服中の薬(お薬手帳持参)

妊娠反応した日()⇒ 結果(陰性 陽性) 陽性の方は以下記入せず受付へ提出してください

～本日の相談、診察希望内容～

最後の生理が始まった日 月 日 妊娠中 授乳中 *最後の性交日 頃

後詳細を記入下さい

<input type="checkbox"/> 婦人科健診(症状が無い方)	<input type="checkbox"/> 超音波(子宮卵巣のチェック) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 性病検査 <input type="checkbox"/> 妊活前チェック											
<input type="checkbox"/> 月経移動	避けた日	/	~	/	次の生理予定日	月	日	頃				
<input type="checkbox"/> 緊急避妊	性交日	月	日	時頃								
<input type="checkbox"/> 妊娠相談	年 月頃から避妊をしていない											
<input type="checkbox"/> 更年期相談	後程専用の問診票をお渡しいたします、詳しくはそちらにご記入下さい											

<input type="checkbox"/> 生理や出血	生理痛 排卵痛 生理不順 不正出血 生理の量が(多い 少ない) PMS PMDD	頃から
<input type="checkbox"/> 腹部の痛み	性交時痛 肛門痛(排便痛) 腹通(左 右 上 下) 生理周期と関係(あり なし)	頃から
<input type="checkbox"/> ピル処方	内服目的	<input type="checkbox"/> ピル内服経験なし
	避妊 生理痛 月経不順 不正出血 PMS PMDD 月経量が多い	<input type="checkbox"/> 以前内服したことあり(才~ 薬剤名) <input type="checkbox"/> 他院から継続処方 (才~ 薬剤名)
<input type="checkbox"/> おりもの	量が多い 匂い 色の変化 黄色 赤 ピンク 茶 色	
<input type="checkbox"/> 外陰部	かゆみ 痛み できもの 尿もれ 子宮脱 外陰違和感、下がった感じ	年 月 日頃から
<input type="checkbox"/> 膀胱炎	頻尿(尿が近い) 排尿時の痛み 残尿感(残っている感じ)	月 日頃から

他院や健康診断で異常を指摘された 指摘された日 年 月 日頃 医療機関名()

内容

その他