

婦 人 科 問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな 氏名 (才)	自宅 () 携帯 () 病院からの電話連絡は・・・よい・よくない
-------------------------	--

1) 今日はどのようなことで受診されましたか？

- | | |
|---|--|
| a. おりものがある
b. かゆみがある
c. 生理と関係なく出血がある
d. 生理がいつもと違うようだ
e. 月経が不順
f. ガン検診をしてほしい
g. 子供ができない
その他 () | h. 市販の妊娠反応薬で陽性がでた
i. 妊娠かどうか診てほしい
妊娠なら：産みたい・考え中・中絶を希望
j. 排尿時に異常がある
k. 低用量ピルがほしい
l. 緊急避妊薬がほしい
m. 月経周期を変えたい
n. 避妊リングの（挿入・抜去）をしてほしい |
|---|--|

2) 現在病気でお薬を飲まれていますか？

() ・ いいえ

3) 病気をしたことがありますか？

() ・ いいえ

4) 薬・注射・食べ物でアレルギーといわれたことがありますか？

() ・ いいえ

5) ご家族の中に癌、高血圧、糖尿病、肝炎などの方がおられますか？

() ・ いいえ

6) 月経（生理）について

- | | |
|---|--|
| a. 最終月経は ____月 ____日から ____日間
その前の月経は ____月 ____日から ____日間
b. 月経周期は 順調 ____日毎
不調 ____日から ____日
c. 出血の期間は ____日間 | d. 生理痛は なし・痛むががまんできる
あり（痛み止めを飲む・寝込む）
e. 月経の量は 普通・少ない
多くの血のかたまりが出る
f. 閉経は ____才 |
|---|--|

7) 結婚について

既婚（昭和・平成 ____年 ____月）
 未婚 ・ 同棲中 ・ 離婚 ・ 再婚 ・ 死別

8) 未婚の方へ

性経験はありますか？ はい・いいえ
 内診を受けられますか？ はい・いいえ

9) 今までの妊娠・お産について

流産：なし・あり (回)
 中絶：なし・あり (回)
 分娩
 ①昭和・平成 ____年 ____月 ____g 男・女
 ②昭和・平成 ____年 ____月 ____g 男・女
 ③昭和・平成 ____年 ____月 ____g 男・女

10) 当院を受診された理由をお聞かせ下さい

1. 以前に旧小川産婦人科医院を受診していた
2. 知り合いに聞いて
3. インターネットを見て（ホームページ・他）
4. 前を通過して知っていた
5. 紹介されて
 (____様 ____病医院 ____先生)

ささきクリニック