

問 診 票

年 月 日

フリガナ
【氏名】

☑自宅

携帯電話

【住所】

ご主人様の連絡先

年齢 才 身長 cm
【来院目的】

【現在の症状】

【その他医師に伝えたいこと】

1. 子宮頸がん検診を最後に受けたのはいつですか。

年 月 ・ 受けていない

2. 今までに重い病気(心臓病など)や大きな手術をしたことがありますか。

はい() ・ いいえ

3. 薬を服用したり、注射をして副作用はありましたか。

はい 薬品名()
症状()

いいえ

4. 消毒液・絆創膏に過敏ですか。

はい ・ いいえ

5. 家族や親戚の方に麻酔で亡くなった人はいますか。

はい ・ いいえ

糖尿病、甲状腺疾患、膠原病などの方はいますか。

はい(病名) ・ いいえ

6. 現在妊娠していますか。

はい ・ いいえ ・ 不明

※裏面もご記入ください。

7. 月経について伺います。

・初潮 才 / 閉経 才

・初潮以来月経は順調ですか。

はい・いいえ()

・1年以内の月経周期 日型 / 月経持続日数 日間

・月経の出血量 多い・少ない
血のかたまりはありますか。 はい(大きさ:小指大・親指大)・いいえ

・最終月経 年 月 日より 日間

この月経はいつもの月経と量や持続期間などは同じ様子でしたか。

はい・いいえ()

・月経前後に痛みはありますか。 はい(月経前・月経中・月経後)・いいえ

8. 性交痛はありますか。 はい・いいえ

9. 結婚 S・H 年 月 ・ 未婚

同居開始日 年 月

避妊期間はありましたか。 はい()・いいえ

10. 現在までの妊娠の経過(流産、中絶、子宮外妊娠を含む)をすべてご記入ください

年	月	日	妊娠	週	出産(♂♀体重	g)	・流産・中絶・外妊
年	月	日	妊娠	週	出産(♂♀体重	g)	・流産・中絶・外妊
年	月	日	妊娠	週	出産(♂♀体重	g)	・流産・中絶・外妊
年	月	日	妊娠	週	出産(♂♀体重	g)	・流産・中絶・外妊
年	月	日	妊娠	週	出産(♂♀体重	g)	・流産・中絶・外妊
年	月	日	妊娠	週	出産(♂♀体重	g)	・流産・中絶・外妊

☆妊娠中の病気、出産時の状況についても詳しく書いてください☆