

<新規患者用問診票>

日付： _____

ID： _____

ふりがな
氏名

女 男

職業

--

生年月日

明治 大正 昭和 平成： 年 月 日生まれ

歳

現住所

〒 -

電話番号

(自宅)

携帯番号
その他

(自宅以外の確実に連絡が取れる番号)

1、本日受診された主な症状、理由は何ですか？ (項目に○をつけて下さい。)

不正出血 月経血量の異常 (多い、少ない) 月経が止まらない 月経が不順 月経が遅れている
月経痛がひどい 下腹部痛 腰痛 おりものが多い かゆみ 外陰部の異常・違和感
乳房の異常 (しこり、痛み、張り、分泌物) 排尿異常 (排尿痛、残尿感、頻尿、尿漏れ) 更年期症状
子供がほしい (不妊相談) 妊娠を疑う (妊娠継続：する、しない、未定) 妊婦健診希望
子宮がん検診 (症状なし、不正出血) 乳がん検診 (症状なし、しこり、痛み、乳房緊満感、血性分泌)
卵巣がん検診 性病検査 特定健診 (メタボ健診) 骨粗鬆症検診 大腸がん検診
低用量ピル希望 避妊リング希望 緊急避妊ピル (アフターピル) 希望 月経変更希望

その他：

--

2、月経 (生理) についてお尋ねします。

月経が始まった (初経) 年齢は？： () 歳 月経が終わった (閉経) 年齢は？： () 歳

月経痛がありますか？：なし、あり (強い 中くらい 弱い 性交時痛あり 排便時痛あり)

月経時の出血量は？：多い (レバー状の塊が出る)、中等量、少ない

月経初日から次の月経までの日数 (月経周期) は？： () 日型、 順調、 不順

月経の持続日数は？： () 日間

最終月経は？： () 月 () 日から () 月 () 日まで 覚えていない

その前の月経は？： () 月 () 日から () 月 () 日まで 覚えていない

うらへ続きます →

3、ご結婚は？： 未婚、 既婚、 婚約中または結婚予定、 同棲中、 離婚、 再婚
結婚年月日（ 昭和、平成： 年 月 結婚）

4、性行為の経験はありますか？： なし、 あり

5、妊娠したことはありますか？ なし、 あり（妊娠回数； 回）
分娩： 回、死産： 回、流産： 回、中絶： 回、子宮外妊娠： 回

6、今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？： なし、 あり
何歳頃ですか？ 歳頃、病名：（ ）
歳頃、病名：（ ）
歳頃、病名：（ ）

7、手術をした事（産婦人科疾患以外も含む）がありますか？： なし、 あり
何歳頃ですか？ 歳頃、手術名：（ ）
歳頃、手術名：（ ）
歳頃、手術名：（ ）

8、薬や食べ物などで湿疹やじんましんが出たり気分が悪くなった事がありますか？
また、アレルギー性の病気はありますか？： なし、 あり
ありの場合、それは何ですか？（ ）

9、その他、心配な事、気になる事、相談したい事などがあればお書き下さい。

※差し支えなければ、当院を選ばれた理由をお聞かせ下さい。

家族・親戚から勧められた、 知人・友人から勧められた、 他院からの紹介、
広告を見て、 インターネットを見て、 電話帳で調べた、 医院を見かけて、
その他（ ）

ご協力有り難うございました。

この問診票は、診療以外の目的には使用いたしませんのでご安心下さい。

よしだレディースクリニック