

問診票

下記にご記入下さい。

(フリガナ) 氏 名 /	住所 〒
生年月日 /	連絡先 (自 宅) /
勤務先 /	(勤務先) / (携 帯) /

■ 次のことにお答えください (該当するものに○をつけてください、いくつでもかまいません)

【1、本日来院された目的は？ / どんな症状がありますか？】

- おりものに関して 多い / 匂いがある / 色がついている
- 出血がある 不正出血 / 性交時出血
- 生理に関して 不順 / 量が多い / 痛みが強い
- 外性器に関して かゆみがある / できものがある (腫れている) / 痛みがある
- 更年期の症状 頭痛 / めまい / 顔がほてる / 肩こり
- 妊娠かどうか 出産予定 / 中絶予定 / まだ決めていない
() w () day / EDC . . .
- がん検診希望 子宮 (頸部、体部) / 卵巣 / 乳房
- STD チェック (性行為感染症検査) 希望
- ブライダルチェック STD チェック、子宮、卵巣チェック、ホルモン検査など
- 避妊 (ピル) 希望 ピル / リング (挿入、除去) / 生理をずらしたい
- おしっこに関して 痛みがある / 残尿感がある / 回数が多い / 尿もれ
- その他 / お腹の痛み等

【2、あなたの生理について聞かせて下さい。】

最後の生理はいつありましたか？ 月 日から 月 日まで
初潮 歳 / 閉経 歳 性交渉の経験はありますか (はい、いいえ)

【3、これまでの妊娠、出産について聞かせて下さい】

- 流産の経験はありますか？ : ない / ある () 回 () 週頃
- 人工妊娠中絶の経験はありますか？ : ない / ある () 回 () 週頃
- 出産の経験はありますか？ : ない / ある () 回

お疲れさまでした。

