

問診票(一般婦人科)

20 年 月 日

ふりがな 氏名			
生年月日	S・H・R (西暦 年)	年 月 日(歳)	職業
自宅住所	〒 ※アパート、マンション名まで詳細にお書きください		
自宅電話	- -	クリニックからの連絡	可 不可
携帯電話	- -	クリニックからの連絡	可 不可

◇本日はどのような症状で来院されましたか

月経不順 不正出血 月経痛 下腹部痛 アフターピル 月経の移動 おりものの異常
子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫が心配
その他()

◇その症状はいつからですか

()

◇下記の項目についてご記入ください

1. 初潮年齢 ()歳
2. 最終月経 西暦 年 月 日から ()日間
3. 生理周期は 順(日型) ・ 不順
4. 性交経験 ある ・ ない
5. 閉経 ()歳
6. 婚姻 法律婚 ・ 事実婚 ・ 未婚
7. 妊娠・出産 妊娠()回 出産()回
8. 既往症 ある()・ない
9. 手術歴 ある()・ない
10. 子宮頸がん検査 受けた(西暦 年 月)・受けていない
11. タバコ 吸う 一日()本 喫煙期間(年 ヲ月)・吸わない
12. お酒 飲む 週に()日・飲まない
13. アレルギー ある()・ない
14. 内服薬 ある(薬品名:)・ない