

## 問 診 票

フリガナ.....

氏名.....

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日

住所 〒.....

TEL..... ( ご自宅 勤務先 )

※ 緊急時にこの番号に連絡をしてもよろしいですか? ( はい いいえ )

携帯電話.....

メールアドレス (PC).....

メールアドレス (携帯).....

診察前に以下の質問にお答えください。

● 本日来院された目的を○で囲んでください。

がん検診

不正出血 (ピンクや茶色のおりもの)

生理の異常 (生理不順・生理痛・生理の量が多い、無月経など)

不妊の相談

PMS (月経前症候群)

更年期症状 (不眠・イライラ・のぼせ感・発汗・めまい・どうき・)

妊娠判定：妊娠の継続を希望されますか? ( はい いいえ 不明 )

膣・外陰部の異常 (おりものが増えた・かゆい・痛い・はれもの)

性病の検査・治療

生理をずらしたい、緊急避妊、避妊相談

排尿の異常 (排尿痛・残尿感・頻尿・尿もれ)

子宮頸がんワクチン

その他：来院目的をご記入ください。

● あなたの状態について教えてください。

- 身長（                  cm） ■体重（                  kg） ■初潮（                  歳）  
■閉経（                  ） ■月経周期（ 順 不順 ） ■生理痛（ 強 普通 弱 無 ）  
■月経出血量（ 多い 固まり 普通 少ない ）  
■最近の生理 平成          年          月          日 ～ 平成          年          月          日  
■未婚（性交経験 あり なし ） 結婚（                  歳） 離婚（                  歳）  
■配偶者（現在                  歳） ご主人の職業（                  ）  
■妊娠暦（ あり なし ） [出産（                  回）流産（                  回）中絶（                  回）]  
■アレルギー（ あり なし ）アレルギーの種類（                  ）  
■現在服用中の薬はありますか？（                  ）  
■これまでに手術を受けたことはありますか？（ はい いいえ ）  
その手術は？（                  ）  
■飲酒          本・杯／日・週          ■喫煙                  本／日          ■喫煙期間                  年

● 来院されたきっかけを教えてください（○でかこんでください）

家族や知人の紹介・医療機関からの紹介・インターネット検索・タウンページ  
看板（駅・その他）・その他（                  ）

● その他、なんでも気になること、相談したいことなどをご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

※ 以上の内容は当院内での治療目的で使わせて頂きます。