

問 診 表

保 ・ 自

< NO. _____ >

>

この問診表は、診察・治療をスムーズに行うために、ご記入をお願いしております。ご記入いただいた情報は、その他の目的で使用することはありません。個人情報法に基づき、厳守させていただきます。

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 T・S・H _____ 年(西暦) _____ 年) _____ 月 _____ 日

郵便番号 _____ 住所 _____

電話番号 _____ 職業 _____

I. 今回、受診された目的について該当するものに○をつけてください。

1. 検診目的 (保険にて 豊中市受診票にて その他)
2. 出血がある どのようなときに () どのくらいの量 ()
3. 痛みがある 痛みの場所 () 痛みの程度 ()
4. 外陰部のかゆみがある
5. 帯下(おりもの)がある
6. 性病の検査
7. 月経についての相談 具体的に ()
8. 妊娠かどうかの診断
9. 不妊の相談
10. 性交についての相談
11. 避妊についての相談
12. 月経調節についての相談 期間 ()
13. 低用量ピル(OC)についての相談
14. 緊急避妊ピルについて
15. 更年期についての相談 具体的に ()
16. 予防接種 種類 ()
17. にきびについての相談
18. 美容についての相談 (脱毛 美顔 キャンペーン)
19. その他 ()

II. 月経についてご記入ください。

1. 最終月経<いちばん最近の月経>(年 月 日 ~ 月 日)
2. その前の月経はいつでしたか (年 月 日 ~ 月 日)
3. ふだんの月経量は、(ふつう ・ 少ない ・ 多い)
4. ふだんの月経痛は、(ない ・ 軽い ・ 強い ・ 痛み止めを飲む)
5. ふだんの月経は、()日間続く
6. 閉経している () 歳

III. 今までの妊娠歴(分娩・流産・人工妊娠中絶)についてご記入ください。

- 分娩 () 回 そのときの年齢 () 才 () 才 () 才 帝王切開 (有・無)
- 流産 () 回 そのときの年齢 () 才 () 才 () 才
- 中絶 () 回 そのときの年齢 () 才 () 才 () 才

【裏面もご記入下さい】

IV. 結婚の有無について該当するものに○をつけてください。

未婚 ・ 既婚 ・ 再婚 ・ 離婚 ・ 死別

V. 貧血といわれたことはありますか。 はい いいえ

VI. 今までにかかった病気や手術についてご記入ください。

()才 病名()

()才 病名()

()才 病名()

()才 ・ 乳がん ()

()才 ・ 子宮筋腫 ()

()才 ・ 子宮内膜症 ()

VII. 現在服用中の薬の内容と用法についてご記入下さい。

VIII. 性交（セックス）経験はありますか。 はい いいえ

IX. 喫煙はされますか。 はい 一日()本 いいえ

X. アレルギーがありますか。 はい いいえ

はいと答えられた方は、具体的にご記入ください。

()

XI. あなたのご家族で病気の方がいれば、ご記入ください。

あなたとの関係() 病名()

あなたとの関係() 病名()

あなたとの関係() 病名()

XII. 身長()cm 体重()kg

XIII. その他、診察時の要望などがあれば、ご記入ください。