

問 診 票

記入いただいた個人情報は診療以外に使用することはありません。
プライバシーの取り扱いには注意いたします。

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年	年 月 日	職	
氏名	様	月日	(才)	業	
住所	〒 -			□未婚 □既婚	
連絡先	() -	緊急時連絡先 (関係:)	() -		

本日はどうなさいましたか？ 当てはまるものに✓をつけてください。

- 妊娠 (□妊娠判定薬で調べた (□陽性 □陰性) □調べていない □妊娠継続を希望
中絶希望 □わからない)
子供ができない (不妊治療歴: □ない □ある ())
おりもの異常 (□量 □におい □色 (□白 □黄 □赤 □緑 □茶 □その他))
生理痛 □下腹痛 (□右 □左 □正中) □腰痛
生理不順
不正出血 (日時: 月 日)
PMS (月経前症候群: □落ち込み □イライラ □頭痛 □腹痛 □眠い □吐き気)
低容量ピルの相談 □緊急避妊薬の相談 □ミレーナの相談 □月経移動
膀胱症状 (□排尿痛 □下腹痛 □トイレに行く回数が多い)
更年期障害 (更年期障害専用の問診票の記載もお願いします)
子宮が下がってくる □外陰部 (□できもの □かゆみ □痛み □乾燥)
子宮がん検診 □性感染症検査希望
その他 ()

症状はいつ頃からありますか？ () 日・週間・ヶ月・年前から () まで

月経について

- 初経 () 歳、閉経 () 歳
 最終月経 (月 日 ~ 月 日)
 月経周期 □順調 □不順 () 日型
 出血量 □少ない □普通 □多い □ドロっとした塊が出る
 生理痛 □ない □あるが我慢できる □薬() を内服するほど □寝込むほど
 性交経験はありますか □はい □いいえ

妊娠について

- 妊娠 () 回 流産 () 回 人工妊娠中絶 () 回
 分娩 () 回 (自然分娩・帝王切開)

身長: () cm 体重: () kg

裏面の記載もお願いします

食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たり）はありますか？

なし あり（薬： 食べ物： ）

喘息にかかったことはありますか？

なし あり（最後の発作： 薬： ）

身内で乳がん・子宮癌・卵巣癌にかかったことがある方はおられますか？

いいえ はい（ ）

今までに指摘された病気はありますか？

なし 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 月経異常 卵巣嚢腫
子宮頸癌・異形成 性感染症 高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 肝疾患
喘息 脳卒中 その他（ ）

それはいつ頃ですか？治療はされていますか？

いつ頃（ ） 治療（ ）： 継続 終了

婦人科手術歴があれば記入して下さい

年齢	病名	どんな手術	術式	病院
才			開腹・腔式・腹腔鏡	
才			開腹・腔式・腹腔鏡	

その他手術歴

[]

輸血歴：なし あり

現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり（ ）

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：吸わない 吸う（ 本/日 × 年間）

禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））

飲酒：飲まない 飲む（週 日） 種類・量（ ）

子宮癌検診を受けたことはありますか？

ない ある（ 年 月頃→結果：異常なし 異常あり（ ）

当院をどちらでお知りになりましたか？

HP インスタグラム インターネット検索 広告・看板を見て

知人の紹介（差し支えなければ ） 通りがかり その他（ ）

※ご協力ありがとうございました。

ご記入後は受付までお持ちくださいますようお願いいたします。

予約の方を優先しますので、診療まで少しお待ちいただきます。

診療内容によっては順番が前後することがあります。

あらかじめご了承ください。