

初診問診表

平成 年 月 日

ふりがな		ご職業	
姓名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	(歳)	

診察の目的について (○をつけてください)

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. 妊娠がどうか
(ご自分で確認: 陽性・陰性・なし) | 8. 帯下 (こしけ・おりもの) |
| 2. 生理不順
(生理が来ない・周期が短い・周期が長い・
その他:) | 9. 外陰部のかゆみ・痛み |
| 3. 生理異常
(期間が短い・期間が長い・量が少ない・
量が多い・その他:) | 10. 不妊相談 |
| 4. 出血 | 11. 避妊相談 |
| 5. 腹痛・腰痛 | 12. 夫婦生活の相談 |
| 6. 発熱 | 13. 子宮筋腫 |
| 7. 排尿の痛み・頻尿 | 14. 卵巣嚢腫 |
| | 15. 性病の検診 |
| | 16. 更年期障害 (のぼせ・めまい・冷え・肩こり) |
| | 17. かぜ・下痢など |
| | 18. その他 () |

下記のことについてお答えください。

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. 現在の身長 (cm) | 9. 薬のアレルギー
ない・ある () |
| 2. 現在の体重 (kg) ※正確に | 10. その他のアレルギー
ない・ある () |
| 3. 初潮 (才) | 11. 今までかかった病気や手術
ない・ある () |
| 4. 平均月経周期 (日型) | 12. 現在かかっている病気
ない・ある () |
| 5. 最終月経
(H 年 月 日から 日間) | 13. 現在内服している薬
ない・ある () |
| 6. 結婚歴 (未婚・既婚・離婚) | |
| 7. 性交経験 (ある・なし) | |
| 8. 妊娠歴
(妊娠 回・分娩 回・流産 回・中絶 回) | |

その他、ご質問等がございましたら、何なりとご記入ください。