

初診問診表

平成 年 月 日

ふりがな		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. 妊娠かどうか
(市販の検査薬確認 : 陽性・陰性・確認なし) | 9. 外陰部(かゆみ・痛み・その他:) |
| 2. 生理不順
(生理が来ない、周期が短い・長い、
その他:) | 10. 不妊相談 |
| 3. 生理異常
(期間が短い・長い、量が少ない・多い
その他:) | 11. 避妊相談(緊急避妊・ピル・その他:) |
| 4. 出血(尿から・膣から・肛門から・その他) | 12. 低用量ピル |
| 5. 腹痛・腰痛(どちらかに○を) | 13. 生理をずらしたい |
| 6. 発熱(°C位) | 14. 夫婦生活の相談 |
| 7. 排尿時(痛み・頻尿・その他:) | 15. 子宮筋腫・卵巣嚢腫・ポリープ(どちらかに○を) |
| 8. 帯下・おりもの(色の異常・臭い・量の異常) | 16. 性病が心配 |
| | 17. 更年期障害(のぼせ・めまい・冷え・肩こり) |
| | 18. 子宮ガン検診・婦人科検診 |
| | 19. ワクチン(子宮頸癌・インフルエンザ) |
| | 20. かぜ・下痢など |
| | 21. 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) | 10. 薬のアレルギー
ない・ある() |
| 2. 現在の体重(kg)(正確に) | 11. その他のアレルギー
ない・ある() |
| 3. 初潮(才) | 12. 今までかかった病気
ない・ある() |
| 4. 月経周期(日~ 日型) | 13. 今まで受けた手術
ない・ある() |
| 5. 最終月経
(H 年 月 日から 日間) | 14. 現在かかっている病気
ない・ある() |
| 6. 結婚歴(未婚・既婚・離婚) | 15. 現在内服している薬
ない・ある() |
| 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) | |
| 9. 1年以内に子宮頸ガン検診をお受けになりましたか? 受けない・受けた(年 月) | |

その他、ご質問等がございましたらご記入ください