

問 診 票

年 月 日

お名前

様

TEL



1 今日お見えになられた理由は (○印を付けて下さい。)

- | | | | |
|--------------|----------------|-------------------|---------|
| 1. 月経がない | 6. 妊娠したい | 11. 生理をずらしたい(自費) | 16. その他 |
| 2. 生理不順 | 7. おりもの | 12. 避妊の相談(自費) | _____ |
| 3. 生理痛が強い | 8. かゆみ | 13. のぼせ・発汗・更年期症状 | |
| 4. 異常な出血があった | 9. しこり(乳房・外陰部) | 14. プライダルチェック(自費) | |
| 5. 下腹痛 | 10. 子宮癌・乳癌の検診 | 15. 更年期障害 | |

2 月経についてお答え下さい

- 初めて月経があったのは 才
- 最近の(最終)月経はいつありましたか?
月 日から 日間
- 月経は順調ですか? (月経周期)
順調 (日型) 閉経(才)
不順 (日から 日型)
- 月経は何日位続きますか? (日間)
- 月経の量はどうですか?
多い・普通・少ない ・凝血 あり・なし
- 月経痛(生理痛)はありますか?
とても強い・強い・殆どない
下腹痛・腰痛・嘔吐・頭痛

6 結婚について

- 未婚 2. 結婚 才 3. 離婚 才
- 再婚 才

7 今までの妊娠について

- 分娩 何回お産をしましたか? 回
最初のお産は 才
最後のお産は 才
お産の異常は あった・なかった
- 自然流産 回
(年 月) 妊娠月数 ヶ月
(年 月) 妊娠月数 ヶ月
- 人工妊娠中絶 回

3 今までにかかった病気はありますか?

(婦人科以外も含めて)

- 主な病気
() () 才の時
() () 才の時
- 手術は
() () 才の時

8 その他

- 性交(セックス)の経験はありますか? はい・いいえ
- 常用薬はありますか? はい・いいえ
- 飲酒の習慣はありますか? はい・いいえ
- 喫煙の習慣はありますか? はい・いいえ

4 薬や食物などでアレルギーを起こしたことがありますか?それは何の薬ですか?

いいえ・はい _____

9 ご主人は

年齢 才 職業 _____
健康ですか? はい・いいえ

5 今までに輸血を受けたことがありますか?

はい・いいえ

10 あなたの

体重 _____ kg 身長 _____ cm
血液型 () 型 Rh ()
職業 _____

11 低用量ピル等のホルモン剤を服用したことがありますか?

現在服用中 ・ 過去に服用したことあり ・ 服用歴なし