

問診票（新患の皆さんへ）

ふりがな 生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日生
氏名 年齢 歳
住所

Tel

お仕事（ ） お勤め先（ ） お勤め先Tel

1: どうなさいましたか？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠かどうかを調べて欲しい | <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い |
| <input type="checkbox"/> 生理が長びく・生理の量が多い | <input type="checkbox"/> 陰部にしこりを触れる |
| <input type="checkbox"/> 生理痛（排便痛・性交痛）がある | <input type="checkbox"/> おしっこがちかい・排尿痛がある |
| <input type="checkbox"/> 生理以外の出血がある | <input type="checkbox"/> 性感染症の検査・相談をしたい |
| <input type="checkbox"/> 生理をずらしたい | <input type="checkbox"/> 避妊の相談をしたい |
| <input type="checkbox"/> おりもの（こしけ）が多い | <input type="checkbox"/> 子宮がん検診をして欲しい |
| <input type="checkbox"/> 外陰部がかゆい | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の検査をして欲しい |
| <input type="checkbox"/> 更年期障害について相談したい | <input type="checkbox"/> ドック・集団検診の精密検査 |
| <input type="checkbox"/> 不妊症について相談したい | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

2: あなたの生理について教えて下さい

初めての生理は（ ）歳できた

最近の生理は（ ）月（ ）日から（ ）日間続いた

生理の周期は（順調、不順）で、およそ（28・30・32・その他（ ））日型

生理の量は（多いと思う、普通と思う、少ないと思う）

生理痛は（ひどい、それほどでない、ほとんどない）

生理は（ ）歳で終わった

3: 子宮癌検診を受けたことがありますか？（ある・ない） → あれば（ ）年（ ）月

4: 結婚していますか？

- はい → 結婚したのは（ ）歳 いいえ（未婚・同棲・離婚・再婚）
・未婚の方へ → SEXの経験は（ある・ない）（診察方法が異なります）

5: 今までの妊娠した内容について教えて下さい

妊娠したことなし 分娩（ ）回 流産（ ）回 中絶（ ）回

・お産した方は次の項目に記入して下さい（わかる範囲で結構です）

- | | |
|-----------------------------|----------|
| (1) 満（ ）歳 《妊娠 週（正常、異常： ）分娩、 | g、（男・女）》 |
| (2) 満（ ）歳 《妊娠 週（正常、異常： ）分娩、 | g、（男・女）》 |
| (3) 満（ ）歳 《妊娠 週（正常、異常： ）分娩、 | g、（男・女）》 |
| (4) 満（ ）歳 《妊娠 週（正常、異常： ）分娩、 | g、（男・女）》 |
| (5) 満（ ）歳 《妊娠 週（正常、異常： ）分娩、 | g、（男・女）》 |

6: 今までかかった病気と手術について教えて下さい（○を付けて下さい）

病気《高血圧、糖尿病、ガン、喘息、肝臓病、腎臓病、心臓病その他（ ）》

手術《盲腸、子宮、卵巣、その他（ ）》

7: アレルギー体質といわれたことがありますか？（はい・いいえ）

今までに薬や注射で副作用をおこしたことがありますか？（はい・いいえ）

8: 現在服用している薬がありますか？（ない・ある（薬の内容： ））

9: 血のつながった人で（高血圧、糖尿病、ガン）の人がいる（ ）いない