

初 当 受

問 診 票

受診日 年 月 日

診察券番号 _____ ※ご記入がお済みになりましたらお手数ですが受付までお願い致します

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 年 月 日 年齢 歳

★★★お手数ではございますが、ご変更のない方もご記入をお願い致します★★★

〒 _____ ※ご連絡させていただく場合があります

住所 _____ 電話番号 _____

1.本日は、どのような事で来院されましたか？当てはまるものに○をお付けください。

必須項目 ☑ 過去にがん検診を受けた事 (ある・なし) ある方→最終検査日 年 月 日

- 生理不順 ● 不正出血
- 赤ちゃんがほしい
- プライダルチェック
- ピルを希望 (毎日継続して服用するもの)
- 緊急避妊ピルを希望 (アフターピル)
- 生理痛 ● お腹が痛い ● 腰が痛い
- 月経前症候群(PMS) (イライラ・気分の落ち込み・頭痛・不眠など)
- 更年期の相談 ● 骨粗鬆症の検査希望
- 膀胱炎症状 (尿が近い・排尿痛・残尿感など)
- 性感染症検査 (症状→ある・なし・パートナーに症状あり)
- おりもの多い・おりもの色・おりものにおい・外陰部がかゆい・湿疹・できもの
- 妊娠したかどうか検査希望 (出産したい・出産しない・考え中)

※市販の妊娠判定薬テストを行った方→ 検査日 月 日(結果→陽性・陰性)

- がん検診希望 (子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん)

※クーポン券 (ある・なし) ※会社助成がある方→ 上限金額 ¥ _____

- 生理日の移動を希望(月経移動) 避けたい日にち 月 日～ 月 日まで
- 相談外来()
- その他()

2.月経についてご記入ください。

● 必須項目 ☑ 最終月経について 月 日から 日間 ● 閉経 歳

- 月経のとき血のかたまりが出ますか (出る・出ない)
- 順調・不順 ● 痛み止めの薬を使用しますか (する・しない) 薬名()

3.あなた自身のことについてご記入ください。

- 喘息について: ある(歳頃・最終発作 年 月頃) ・ なし
- お薬のアレルギーについて: ある() ・ なし
- 現在飲んでいるお薬について: ある() ・ なし
- 今までに性交渉の経験はありますか (ある・なし)
- 現在、妊娠の可能性はありますか (ある・なし・わからない)
- 今まで妊娠をしたことがありますか (ある・なし)
 - ※ある場合、出産 回 (帝王切開 回)・流産 回・中絶 回・その他()
- 既往歴・手術歴 (歳 病名・手術名)