

初 当受

問 診 票

受診日 2023年 月 日

診察券番号 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (未婚・既婚)

★★★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？当てはまるものにチェックをつけてください。

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 (ある・なし)

子宮けいがん検診を受けた事 (ある・なし) ある方→最終検査日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

定期検診 相談外来 生理不順 不正出血 生理痛 月経前症候群(PMS)

お腹が痛い 腰が痛い おりものが気になる 外陰部や膣のかゆみ

外陰部のできもの 性感染症が心配 低用量ピルを希望 (毎日継続して服用するもの)

緊急避妊ピルを希望 (性交日時 \_\_\_\_\_ 月 日 時 分頃)

生理日調整 (避けたい日にち \_\_\_\_\_ 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 日 まで)

更年期の相談 骨粗鬆症の簡易検査希望 膀胱炎症状

赤ちゃんがほしい ブライダルチェック 卵巣年齢 各種注射(プラセンタ・にんにく・美肌)

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)

その他( \_\_\_\_\_ )

2. 下記ご記入ください。

● 月経について 最終月経 \_\_\_\_\_ 月 日から \_\_\_\_\_ 日間 (順調・不順) ●閉経 \_\_\_\_\_ 歳

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

●既往歴 ●手術歴

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

● 喘息について ある( \_\_\_\_\_ 歳頃から/最終発作 \_\_\_\_\_ 年 月頃) ・ なし

● 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)

● 過去の妊娠や出産について教えてください

今までの妊娠は全部で( )回→そのうち出産( )回・流産( )回・中絶( )回・子宮外妊娠( )回

年/月	分娩様式	妊娠週数	出生体重	児の健康状態	妊娠、出産時の特記事項
/	自然・帝王切開・流産・中絶	週	g	健・否	
/	自然・帝王切開・流産・中絶	週	g	健・否	
/	自然・帝王切開・流産・中絶	週	g	健・否	