

★★膣ハイフを希望される方はあらかじめ、こちらの間診票を記入して来院してください★★

初 再診

膣ハイフ 問診票

記入日 年 月 日

診察券番号 _____

ふりがな _____

氏名 _____ 生年月日 年 月 日 年齢 歳

住所 _____

電話番号 _____

1.月経についてご記入ください。

● 必須項目 必ず 最終月経について 月 日から 日間 ● 閉経 歳

2.あなた自身のことについてご記入ください。

● 最後に婦人科診察を受けたのはいつですか？（受けていない・受けた 年 月ごろ）
受けた方は何を行いましたか？（子宮がん検査・超音波検査・おりもの検査）
検査結果に異常はありましたか？（なし・あり _____）

● 子宮内に避妊リングや、月経痛予防リング(ミレーナ)などは入っていますか？
入っていない・入れた 年 月ごろ 何を(_____)

● 体内に心臓ペースメーカー等の医療用金属・機器はありますか？
なし・あり(_____)

● お薬のアレルギーについて：なし・あり(_____)

● 麻酔剤キシロカインのアレルギーはありますか？ なし・あり・使用したことがない

● 現在飲んでいるお薬について：なし・あり(_____)

● 現在、妊娠の可能性はありますか？ なし・あり・わからない

● 既往歴・手術歴(_____)

3.ハイフについてご記入ください。

● 今までハイフの経験はありますか？ なし・あり
→ある場合、種類は？【医療・エステ その他 _____】

→部位は？【膣 顔 首 わき 胸部 腹部 背中 臀部 腕 足】

→トラブルは？ なし・あり(_____)

● 以前に膣ハイフを受けている場合、痛みはどうでしたか？
痛かった・痛くなかった・その他 _____

● 膣ハイフで改善したい症状は何ですか？

・膣のゆるみ ・尿もれ ・入浴後に膣からお湯がもれる ・性交時痛
・膣の乾燥感 ・子宮が下がってきている感じがする ・その他 _____