

★膣ヒアルロン酸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★

膣ヒアルロン酸注入 問診票

記入日 年 月 日

診察券番号 _____ ふりがな
氏名 _____ 年齢 _____ 歳

1.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

2.あなた自身のことについてご記入ください。

● 最後に子宮がん検診を受けたのはいつですか？（受けていない・受けた 年 月ごろ）
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？
入れていない・入れた 年 月ごろ 何を(_____)

● 今までに膣レーザー・膣ハイフなどで膣の施術を受けたことがありますか？
なし・あり 年 月ごろ 回受けた

● 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

● 薬のアレルギーはありますか？ なし・あり (_____)

3.ヒアルロン酸についてご記入ください。

● 今までヒアルロン酸注入の経験はありますか？ なし・あり
→ある場合、部位は？【膣 顔 首 その他 _____】
→トラブルは？ なし・あり (_____)

● 過去に膣ヒアルロン酸注入を受けている場合、痛みはどうか？
痛かった・痛くなかった・その他 _____

● 膣ヒアルロン酸注入で改善したい症状は何ですか？
・膣のゆるみ ・感度アップ ・性交時痛 ・膣の乾燥感 ・尿漏れ
・その他 _____

● 膣ヒアルロン酸注入についてご質問や、気になることがございましたら自由にご記入ください。

(_____)