

カルテNO. 問診表記入日 年 月 日

伊藤メディカルクリニック 問診表 産婦人科

ふりがな

お名前 : 年齢 さい 身長 cm 体重 kg

御住所: 都・県 市 区

お電話番号:(自宅) — — :(携帯) — —

生年月日:T S H 年 月 日 うまれ (当院からの電話連絡 可・不可)

1. 今日は何で診察においでになりましたか?

- ①妊娠かどうか? (市販妊娠検査 陽性 陰性 未検) ②中絶希望 ③不妊
- ④更年期 ⑤不正性器出血 ⑥子宮癌検診 ⑦おいものの異常(かゆみ 量多い におい)
- ⑧月経不順精査 ⑨ピル処方希望(避妊目的 月経痛改善目的 アfterピル)
- ⑩月経調節(月経を外したい日 / ~ /) ⑪性病検査希望 ⑫下腹部痛
- ⑬その他()

2. 一番最近の生理の始まった日は 月 日から 日間

3. 初経 歳 閉経 歳

4. 月経について

- ①周期[整(日周期) 不順] ②量(多い 普通 少ない)
- ③痛み(無 普通 痛い 激痛)

5. 月経前の身体症状は(無 だるい 下腹部痛 頭痛 腰痛 吐気むくみ 肩こり)

6. 性交渉経験の有無 (有 無)

7. 今までにかかった病気は? ()

8. 今までに手術をしたことがありますか?()

9. 今までの妊娠・出産について : 妊娠 回、分娩 回、流産 回、中絶 回
最終分娩歴(年 月) 経腔 回 帝切 回

10. ご家族に糖尿病、高血圧、脳卒中、癌にかかった方はいらっしゃいますか?

()

11. 現在 未婚 既婚(T S H 年 月 結婚)

12. ご主人の年齢は 歳 (健康 病気 :)

13. 薬のアレルギーはありますか 無 有()

14. 当院をなにでお知りになりましたか

(ネット 紹介 その他)

15. 最後に子宮癌検診をしたのは H 年 月 ころ

※未記入欄がないようにご記入ください。ご記入が済みましたら、受付までお持ちください。