

## 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 歳 身長 cm 体重 kg

ご住所:

お電話番号:(自宅) — — (携帯) — —

生年月日:T S H 年 月 日 生まれ (当院からの電話連絡 可・不可)

## 1. 今日はなぜ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 / 出産・検討中・中絶希望) ②不妊  
 ③更年期 ④不正性器出血 ⑤子宮がん検診 ⑥おりものの異常(かゆみ・量が多い・におい)  
 ⑦月経不順精査 ⑧ピル処方希望(目的:避妊・月経痛改善・PMS(月経前症候群)) ⑨下腹部痛  
 ⑩月経調節(月経を外したい日 / ~ / ) ⑪アフターピル(避妊失敗日時: / 時 分)  
 ⑫性病検査希望 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. 今までに性交渉(SEX)の経験はありますか?(有・無)

7. 今までにかかった病気はありますか?(無・有[ ])

8. 今までに手術をしたことがありますか?(無・有[ ])

9. 薬のアレルギーはありますか?(無・有[ ])

10. までの妊娠・出産について(無・有の場合は下にご記入お願いします)

| 年月・年齢   | 内容              | 週数   | 性別・体重 | 備考 |
|---------|-----------------|------|-------|----|
| 年 月 ・ 歳 | 出産(経膈・帝切)・流産・中絶 | 妊娠 週 | 男・女 g |    |
| 年 月 ・ 歳 | 出産(経膈・帝切)・流産・中絶 | 妊娠 週 | 男・女 g |    |
| 年 月 ・ 歳 | 出産(経膈・帝切)・流産・中絶 | 妊娠 週 | 男・女 g |    |
| 年 月 ・ 歳 | 出産(経膈・帝切)・流産・中絶 | 妊娠 週 | 男・女 g |    |
| 年 月 ・ 歳 | 出産(経膈・帝切)・流産・中絶 | 妊娠 週 | 男・女 g |    |

11. 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?

( )

12. 現在 未婚・既婚(T・S・H 年 月結婚)・ご主人の年齢は 歳 (健康・病気: )

13. 当院を何でお知りになりましたか? ( ネット・紹介・その他: )

14. 最後に子宮癌検診をしたのは H 年 月 ・ なし

※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。

また、基礎体温表をお持ちの方は受付へお渡しください。