

伊藤メディカルクリニック 問診表 女性外来

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. 今日は何で診察においでになりましたか?

- ①子宮がん検診 ②おりものの異常(かゆみ・量が多い・におい)
③ピル処方希望(目的:避妊・月経痛改善・PMS(月経前症候群))
④月経調節(月経を外したい日 / ~ /) ⑤アフターピル(避妊失敗日時: / 時 分)
⑥性病検査希望 ⑦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. 今までの妊娠・出産について(無・有の場合は下にご記入お願いします)

Table with 5 columns: 年月・年齢, 内容, 週数, 性別・体重, 備考. It contains 5 rows for recording pregnancy and childbirth details.

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

※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。