

カルテ No.

年 月 日

## 伊藤メディカルクリニック 問診表 自費検診

ふりがな

お名前： .....

ご住所： .....

お電話番号：(自宅) ..... 電話連絡 可 ・ 不可

(携帯) ..... 電話連絡 可 ・ 不可

生年月日： T・S・H 年 月 日 生まれ 歳

身長： ..... c m

体重： ..... k g

### < 来院目的 >

8000 円コース (触診・乳腺エコー)

15000 円コース (触診・乳腺エコー・子宮ガン検診・子宮卵巣エコー)

・一番最近の生理の始まった日は 月 日から 日間

・初経 歳 閉経 歳

・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)

・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)

・今までにかかった病気・手術 ( )

・今までに性交渉(SEX)の経験 (有・無)

・これまでの妊娠・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	

大田区検診 (特定検診・39歳以下女性検診・肺がん検診・大腸がん検診)

健康診断 (会社・学校等への提出用)

子宮ガン検診

ブライダルチェック

その他 ( )

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

当院記入欄： 採尿 未 ・ 済

血圧 未 ・ 済