

## 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. 今日はなぜ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)

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

※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。