

# 婦人科受付・問診用紙

ID:

平成 年 月 日

(フリガナ)				【ご職業】
【お名前】	様( 歳)			
【生年月日】	昭和・平成	年	月 日	
【ご住所】〒	-			
【携帯番号】	【電話番号】			

※ 下記の診療目的に○をお付け下さい (症状がある場合はいくつでも)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・生理の異常 (不順・長びく・短い・多い・少ない・痛む)</li> <li>・出血 ( 月 日 ~ 月 日 ) ・腹痛 ・腰痛 ・かゆみ ・おりもの</li> <li>・痛み ・排尿時の痛み ・頻尿 ・発熱 ・生理をずらす ・子宮癌検診 (自費)</li> <li>・避妊の相談 (事後避妊 ・ピル ・リング挿入/交換/抜去 他)</li> <li>・更年期の相談 (症状: )</li> <li>・不妊の相談: 年 月結婚 夫: 歳 避妊歴: (有・無)</li> <li>その他(具体的に)</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
--

※ おたずねします(必ず○をお付け下さい)

- ◆現在のあなたは 独身・婚約中・既婚・同棲・別居
- ◆性交経験 あり ・ なし
- ◆月経・妊娠暦について
 

最終月経	月	日から	月	日まで	・	日周期
今までに妊娠	回	・分娩	回	・最終分娩 (		歳)
閉経 (	歳)					
- ◆タバコは吸いますか いいえ ・ はい ( 本/日)
- ◆既往歴
  - ①今までに病気で治療、手術を受けたことがありますか?
 

ない・ある (	年	月頃、治療・手術内容	)
---------	---	------------	---
  - ②医師より投薬を受けていますか? ない・ある (薬名 )
  - ③アレルギー体質がありますか? ない・ある (病名 )
  - ④喘息はありますか? ない・ある (病名 )

なお、初診は診察の順番が遅れる場合があります。予めご了承ください。