婦人科受付・問診用紙

ID:

令和　　年　　月　　日

(フリガナ) 【お名前】　　様(　　歳)	【ご職業】
【生年月日】　昭和・平成・令和　　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）

・生理の異常（不順・長びく・短い・多い・少ない・痛む）

・出血（　　月　　日 ～　　月　　日）　・腹痛　・腰痛　・かゆみ　・おりもの

・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）

・避妊の相談（事後避妊　・ピル　・リング挿入／交換／抜去　他）

・更年期の相談（症状：　　）

・不妊の相談：　　年　　月結婚　　夫：　　歳　　避妊歴：（有・無）

その他(具体的に)

[　　]

※ おたずねします(必ず○をお付け下さい)

◆現在のあなたは　　◆性交経験　　あり　・　なし

独身・婚約中・既婚・同棲・別居

◆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。