

問診票

フリガナ		生年月日	昭和/平成 年 月 日()歳
お名前		電話番号	()
住所	〒		現在の婚姻状況 未婚・既婚

■本日はどのような症状でご来院されましたか？

[]

■下記の項目に当てはまる方は、にチェックを入れてください。

妊娠の疑いがある⇒分娩希望・・・あり/なし/未定

子宮がん検診⇒別途、経膈超音波検査 5400 円・・・希望する/希望しない

乳がん検診（乳腺超音波検査 5400 円）

※当院では、マンモグラフィおよび市の乳がん検診は行っておりません。

お薬の処方 ⇒・月経移動 ・低用量ピル ・アフターピル ・その他 ()

■ご記入をお願いいたします。

* 最近の生理開始日はいつですか？・・・西暦_____年_____月_____日～

* 月経周期・・・_____日周期/不定期

* 閉経・・・_____歳

* 性交渉経験・・・あり/なし

* 妊娠のご経験はありますか？・・・あり/なし

⇒ありの方・・・妊娠回数_____回（普通分娩_____回/帝王切開_____回・流産_____回/中絶_____回）

* 授乳中ですか？・・・はい/いいえ

* 今までに手術を受けたことはありますか？・・・はい/いいえ

⇒はいの方（手術名：_____ /西暦_____年）

* 今までにかかった病気はありますか？・・・はい/いいえ

⇒はいの方（病名：_____）

* 治療中の病気はありますか？・・・はい/いいえ

⇒はいの方（病名：_____）

* 飲んでいる薬はありますか？・・・はい/いいえ

⇒はいの方（お薬名：_____）

* 薬のアレルギーはありますか？・・・はい/いいえ

⇒はいの方（お薬名：_____）

※ご記入が終わりましたら、お手数ですが受付までお持ちください。

※診療内容やご症状によってお呼びする順番が前後いたしますので、ご了承ください。

