

問診票

フリガナ		生年月日	昭和/平成 年 月 日()歳
お名前		自宅 携帯電話	() ()
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？

[_____]

■下記をご希望の方は、□にチェックを入れてください。

子宮がん検診

乳腺超音波検査（※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。）

月経移動 低用量ピル アフターピル

■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。