

婦人科 問診票 (ID)

記入日:

フリガナ			年齢	生年月日	
氏名			才	昭和・平成・令和	年 月 日
住所	〒				
電話番号	自宅	-	-	勤務先	
	携帯	-	-	TEL - -	
身長	cm	体重	kg	血液型	型 喫煙 無・有(本/日)・禁煙した
ご主人の勤務先			ご主人の電話番号		- -

来院目的について

- 子宮がん検診(頸部のみ・体部まで・人間ドッグ) 不正出血
ピル処方相談 緊急避妊ピル おりものの異常 外陰部の異常
性感染症検査 更年期症状 プラセンタ療法 その他
妊娠(当院で出産・里帰り出産・まだ決めていない)
市販の検査薬にて 調べた→(陽性(いつ: /)・陰性) 調べていない
中絶希望 まだ決めていない

内診の経験

ある・ない

わからない

医師
希望あり

医師に相談したい事をご記入ください

[]

月経について

初潮(歳) 閉経(歳)

最終月経(月 日~ 月 日) 月経周期 順調(日周期)・不順

性行為の経験はありますか? はい いいえ

結婚はしていますか?

はい(結婚: 年 月) 予定あり(初婚・再婚) いいえ

妊娠・出産歴について

・妊娠(回)・出産(回)・流産(回)→(週)・人工妊娠中絶(回)
わかる範囲でご記入ください

回数	生年月日	週数	性別	生下時体重	生死	分娩様式	病院名
1人目	年 月 日	週	男・女	g	生・死	正常・帝王切開	当院・他院()
2人目	年 月 日	週	男・女	g	生・死	正常・帝王切開	当院・他院()
3人目	年 月 日	週	男・女	g	生・死	正常・帝王切開	当院・他院()

妊娠経過中に異常がありましたか? いいえ はい()

現在、授乳中ですか? はい いいえ

今までに指摘された病気はありますか?

- なし 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 月経異常
卵巣嚢腫 子宮頸がん・異形成 性感染症 高血圧 糖尿病 腎疾患
心疾患 肝疾患 脳卒中 乳がん その他()

手術の経験はありますか?

いいえ はい(病名: 院名:)

現在 治療中の疾患・飲んでいるお薬について あり なし (お薬手帳は診察室でお出し下さい)

[病名: お薬の名前:]

アレルギーについて

- 喘息はありますか? いいえ はい(最後の発作はいつですか:)
 薬剤のアレルギー いいえ はい()
 体質的アレルギー いいえ はい()
 食物のアレルギー いいえ はい()

当院をどちらでお知りになりましたか?

- 以前から通院している インターネット 看板・通りがかり
友人・知人 紹介(どなた) その他()

※ご記入がお済みになりましたらお手数ですが受付へお持ち下さい