

みなみレディースクリニック診療問診票

平成____年____月____日

フリガナ

お名前 _____様

生年月日 M T S H _____年____月____日 年齢 _____歳 ご職業 _____

郵便番号 _____ 電話番号 _____ (自宅・携帯)

住所 _____

血液型 _____型 Rh(____) 身長 _____cm 体重 _____kg

※ 該当するものにチェック及び項目に記入して下さい。
※ 余白に症状、ご質問を追記して頂いても構いません。

1、今日はどうなさいましたか？

- 不正出血がある
- 月経不順
- 月経痛がひどい
- 妊娠の可能性
妊娠検査薬を試されましたか？
 未検 陽性 (出産を希望する 出産を希望しない)
- 子供がほしい
- 下腹部痛・腰痛
- おりものが多い
- 陰部 (痛い はれている かゆい)
- 避妊相談
 子宮内避妊具 低用量ピル 緊急避妊法
- 更年期相談
 ホルモン採血 骨密度計測 ホルモン補充療法 プラセンタ
 その他
- 生理をずらしたい
- 頻尿・残尿感がある
- 乳がん超音波検診
- 婦人科検診を受けたい
 子宮頸がん検診 (クーポン利用 横浜市検診 その他)
 子宮体がん検診
 ブライダルチェック STDチェック ヘルスチェックプラン

*乳腺に関しては、健診の形をとっている都合上、症状のあるなし関係なく、自費診療、予約制となります。

※裏面へ続きます→

2、月経について

- 初経年齢 _____ 歳
- 最近の月経 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- 月経 順調 (_____ 日型) 不順
- 閉経年齢 _____ 歳

3、結婚・妊娠・出産について

- ご結婚されていますか? はい (結婚年月 S・H _____ 年 _____ 月) いいえ
 - 性交の経験はございますか? はい いいえ
 - 妊娠の経験はございますか? はい いいえ
- 妊娠 _____ 回 出産 _____ 回 自然流産 _____ 回 人工中絶 _____ 回

	分娩・流産年月	年齢	分娩週数	分娩様式	性別	出生時体重	健
1	年 月	歳	週		男 女	g	
2	年 月	歳	週		男 女	g	
3	年 月	歳	週		男 女	g	

4、現在治療中の病気および服用中の薬がありますか? はい いいえ

傷病名、薬品名 _____

5、今まで手術を受けたり、何らかの治療を受けたことはありますか? はい いいえ

病名、手術名 _____

6、今まで薬や食べ物などでアレルギーはありますか? はい いいえ

アレルギー名 _____

7、その他、何かありましたらお書き下さい。

8、当院を何でお知りになりましたか?

- 新聞折り込み
- 知人の紹介
- インターネット
- その他(_____)