

のりこレディースクリニック 問診票

ふりがな _____

お名前 _____ 年齢 _____ 才

1. 来院された目的に をつけてください

妊娠の診断 (市販薬の検査を行った方 → / その結果は (陽性 陰性)
陽性の方はその方針 (継続希望、 中絶希望、 検討中)

子宮癌検診 (さいたま市検診 その他)

生理の異常 不正出血 下腹痛 月経移動

更年期障害 排尿の異常 不妊相談 避妊相談

おりもの かゆみ その他

いつから、どのような症状でしょうか。具体的に書いてください

[_____]

2. 生理について

・一番最近の生理は (月 日) から (日間) または閉経 () 才
その前の生理は (月 日) から (日間)

・初潮は () 才

・生理周期は () 日周期 ・生理の量は (多 ふつう 少)

・生理痛は (腹痛 頭痛 腰痛 その他) が (強 中 弱 無)

3. 結婚について

既婚 (才時) ご主人の現在のご年齢 () 才

未婚 (性交経験 有 無) 離婚 (才時) 死別 (才時)

4. 今までの妊娠について

() 回妊娠 () 回出産 → 正常分娩 () 回 ・帝王切開 () 回 ・鉗子分娩 () 回 ・吸引分娩 () 回 ・自然流産 () 回 ・人工流産 () 回

5. 今までかかったことのある病気や受けたことがある手術について (ある ない)

→ ある場合、具体的に

[_____]

6. 現在内服しているお薬はありますか? (ある ない)

→ ある場合、薬の名前

[_____]

7. アレルギーはありますか? (ある ない)

→ ある場合、具体的に ()

8. 身長 () cm 体重 () kg

9. ご職業は ()

10. タバコは (吸わない 吸う ; 一日 《 》 本)

11. お酒は (飲まない 機会飲酒 日 / 週 《 》 ml)

記載日 年 月 日 記載者 (ご本人・その他)