

# のりこレディースクリニック 問診票

ふりがな

お名前

ご年齢 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→ 月 日、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 生理の移動 子宮筋腫

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 卵巣の異常 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)

12. マイナ保険証による診療情報取得に (同意する 同意しない)

記載日 年 月 日 記載者 (ご本人・その他 )