

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 ☐生理日をずらしたい ☐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)