

問 診 表

ふりがな
氏名

連絡先
(ケータイ電話)

—

—

生年月日 T:S:H

年

月

日生

ご住所 (〒

—

)

(歳)

今日はどうされましたか？(該当数字に○印を、記入欄にはご記入ください)

1. 子宮癌検診(頸部・体部)【最後に検査されたのはいつですか？ 年 月 日】
2. 妊娠・分娩 → 妊娠検査薬で検査を (した・しない)
3. 人工妊娠中絶の希望 (陽性・陰性)
4. 性病検査
5. おりもの
6. 外陰部のかゆみ
7. 避妊の相談
8. 不妊の相談
9. 更年期
10. その他

5. 6. 8. 9. 10. をお答えの方は、いつから、どのような症状がありますか？

最後の生理はいつから始まりましたか？【 年 月 日～ 日間 日周期】

閉経はいつですか？ 歳

性交(セックス)の経験はありますか？ はい・いいえ

未婚・既婚 (年 月 日 結婚)

妊娠・分娩の経験はありますか？ いいえ・はい(ある方はご記入ください)

年	月	日	出産・中絶・流産	ヶ月	g	♂・♀	自然分娩・帝王切開
年	月	日	出産・中絶・流産	ヶ月	g	♂・♀	自然分娩・帝王切開
年	月	日	出産・中絶・流産	ヶ月	g	♂・♀	自然分娩・帝王切開
年	月	日	出産・中絶・流産	ヶ月	g	♂・♀	自然分娩・帝王切開
年	月	日	出産・中絶・流産	ヶ月	g	♂・♀	自然分娩・帝王切開

今までに、手術や入院、大きな病気をされたことはありますか？

年(病名)

年(病名)

年(病名)

年(病名)

薬剤アレルギーはありますか？ いいえ・はい (薬剤名)

現在、治療中ですか？ いいえ・はい (病名)

内服している薬はありますか？ いいえ・はい (薬剤名)

身長 cm 体重 Kg