

産科・婦人科 問診票

ID O

ふりがな	性別 男 女	血圧	/
お名前		身長	cm
生年月日 大正 昭和 平成 令和	年	月	日
住所 〒	年齢 歳		
電話番号	(緊急時にお電話する場合があります)		

1. 今日はどうされましたか？ 当てはまる項目にをつけて下さい。(複数選択可)
- 不正出血 おりもの異常 生理痛がひどい 月経異常(無月経 不順 量が多い)
- 不妊相談 下腹部の痛み 更年期症状 陰部異常(痛み かゆみ 腫れ)
- 排尿痛 性同一性障害 がん検診 プラセンタ注射・美容点滴
- 健康診断で受診を勧められた(本日結果はお持ちですか？はい いいえ)
- ピルの相談⇒低用量ピル 緊急避妊ピル⇒性交渉があったのはいつですか？ 月 日 時頃
- 月経移動⇒生理を避けたい期間はいつですか？ 月 日から 月 日まで
- 妊娠しているか調べてほしい⇒妊娠検査薬をしましたか？ いいえ はい 月 日(陽性・陰性)
⇒妊娠されている場合、どうされたいですか？ 妊娠継続 中絶希望 医師と相談したい・検討中
- セカンドオピニオン希望⇒自由診療の為、5,500円かかりますがよろしいですか？ はい いいえ
- 性病検査⇒風俗店にお勤めですか？いいえ はい(提携価格で対応いたします。下記ご記入下さい。)
- 店舗名: _____ 源氏名: _____
- その他【 _____ 】

2. 最近の子宮がん検診受診日はいつですか？
受診した(年 月 日 結果:) 受診したことがない

3. 月経について
 一番最近の月経は？ 月 日～ 日間・初潮は何歳でしたか？ 歳・閉経は何歳でしたか？ 歳

4. 手術・入院(出産以外の病気で)をしたことがありますか？それはいつですか？
なし あり(年)
これまでに喘息(小児喘息含む)と診断されたことはありますか？それはいつですか？
なし あり(歳頃⇒経過観察中 治療中⇒内服薬 なし あり:内服薬)
現在治療中のご病気はありますか？また内服中のお薬はありますか？
なし あり(病名: 内服薬:)
今までに薬や食品などでアレルギーが出たことはありますか？
なし あり(いつ頃: 薬品名・食品名:)

5. セックスの経験はありますか？(有無により診察方法が変わることがありますのでご記入下さい)
はい いいえ
現在、ご結婚されていますか？ はい(ご結婚年齢 歳) いいえ 結婚予定
これまでの妊娠(今回は除く)出産についてお伺いします。
妊娠 回 出産 回 流産 回 中絶 回

出産年月日	妊娠週数	出産	性別	分娩方式	分娩前後の異常(例:早産・妊娠高血圧)	病院名
S・H・R 年 月	週	正常・異常	男 女	経膈分娩・帝王切開	無・有()	
S・H・R 年 月	週	正常・異常	男 女	経膈分娩・帝王切開	無・有()	
S・H・R 年 月	週	正常・異常	男 女	経膈分娩・帝王切開	無・有()	

6. 希咲クリニックをお知りになったきっかけは？
インターネット検索(検索ワード)
友人の紹介(様)
その他()