

産科・婦人科 問診票

ID O

ふりがな	性別	血圧	/
お名前		身長	cm
	男 女	体重	kg
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 生理の悩み(痛み・イライラ・落ち込み・無月経・不順・量が多い) 下腹部の痛み
- おりもの 陰部異常(痛み・かゆみ・腫れ) 不妊相談 更年期症状
- ピルの相談⇒低用量ピル 緊急避妊ピル 性同一性障害 プラセンタ注射・美容点滴
- 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 がん検診(症状無)
- 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【 _____ 】

<input type="checkbox"/> 妊娠しているか調べてほしい⇒妊娠検査薬をしましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 妊娠継続 <input type="checkbox"/> 中絶希望 <input type="checkbox"/> 検討中・未定
--

3. 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. 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

5. ・手術・入院(出産以外)をしたことがありますか？それはいつですか？
なし あり(年 _____)

・現在治療中のご病気、または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: _____)

6. 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(_____)	

7. 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(_____)

8. 希咲クリニックでは、医師が説明の上、必要に応じて内診や検査を行います。 検査の場合は患者様の個人情報をご検査会社に提供します。 <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
--