



問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名	()歳	自宅：
		連絡先 携帯：
身長/普段の体重	() cm / () kg	メール：
当院からの連絡方法 (希望するものに○) ※複数選択可		
電話 (自宅・携帯) ・ メール ・ その他 ()		

1. 今日はどのような理由で受診されましたか？ ※該当する箇所にチェックまたは○をご記入ください

- 症状がある
- 生理の異常 (痛みが強い 量が多い 周期が不順 その他)
 - 不正出血 お腹が痛む おりものの異常
 - かゆみ できもの 尿の症状
 - 検診での異常 生理前の体調不良 更年期症状
 - 不妊の相談 その他 ()
- 検診希望
- 妊娠の診断 妊婦健診 性感染症
 - がん検診 (超音波検査を希望 する ・ しない) その他 ()
- その他
- ピル希望 (今回が初めて ・ 現在服用中) 月経移動
 - 緊急避妊 避妊の相談 中絶希望
 - レディースドック ワクチン (HPV ・ その他)
 - 上記以外 ()

2. 月経について教えてください

- 初経年齢は () 歳 • 閉経年齢は () 歳
- 最終月経は () 月 () 日から () 日間
- 月経周期は () 日 • 月経は順調ですか？ (はい ・ いいえ)
- 月経時の出血量は (少 ・ 中 ・ 多) • 月経痛は (無 ・ 弱 ・ 中 ・ 強)

3. 結婚、妊娠、出産について教えてください

- ご結婚されてますか (はい → 初婚 ・ 再婚 ・ いいえ → 未婚 ・ 離婚 ・ 死別)
- 性交(SEX)の経験はありますか (はい ・ いいえ)
- 婦人科での内診の経験はありますか (はい ・ いいえ)
- 今までの妊娠・出産についてご記入ください。
 妊娠 () 回 出産 () 回 流産 () 回 中絶 () 回 その他(子宮外妊娠など) () 回

→ 裏面に続きます

4, 今までにかかった病気やアレルギーなどについて

• 子宮がん検診は受けていますか (はい ・ いいえ) →最終検診日: 年 月

• 婦人科系の病気にかかったことがありますか (はい ・ いいえ)

病名:

• その他病気にかかったことがある、または現在治療中の病気がありますか (はい ・ いいえ)

※現在治療中の方はお薬名もご記入ください。

病名:

治療薬名:

• ご家族に病気の方はいますか (はい ・ いいえ) ※糖尿病、高血圧、がん など

(記入例) 父:大腸がん 母:高血圧

病名:

• アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

アトピー・喘息・食品 (

薬品 (

)・その他 (

• 片頭痛はありますか (はい ・ いいえ)

• 飲酒について (飲まない ・ 時々飲む ・ ほぼ毎日飲む)

• 喫煙について (吸わない ・ 以前吸っていた ・ 吸う(1日 本) ・ 同居家族が吸っている)

5, 心配なことや伝えたいことがありましたらご記入ください

(

～ ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください ～

◎妊娠中の方、ピルを検討中の方は血圧を測ってお待ちください。