

## 問 診 表

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_ 職業( \_\_\_\_\_ ) 生年月日 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## •どのようなことで来院されましたか ○をつけてください

- 1.不正出血 2.がん検診 3.月経不順 4.月経痛が強い、月経の出血量が多い 5.月経前症候群\*  
 6.おりものの異常 7.陰部のかゆみ 8.更年期障害\* 9.月経移動 10.妊娠の相談  
 11.避妊の相談(低用量ピルなど) 12.緊急避妊ピル(アフターピル) 13.受診を勧められた  
 14.その他( \_\_\_\_\_ )

\*「月経前症候群」「更年期障害」のご相談はご予約段階でお申し出のあった方に限らせていただいております。

## •いつ頃から症状がありましたか ( \_\_\_\_\_ )

•最終月経 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日間( \_\_\_\_\_ 日周期)

•初経 \_\_\_\_\_ 歳

•閉経 \_\_\_\_\_ 歳

•性交経験はありますか はい いいえ•結婚されていますか はい いいえ•子宮がん検診を受けたことがありますか はい( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) いいえ

## •以下の病気と言われたことがありますか、または通院中の病気はありますか

はい いいえ

心臓の病気 高血圧 糖尿病 脳の病気 甲状腺の病気 喘息 緑内障  
 その他( \_\_\_\_\_ )

•手術歴はありますか はい 手術名( \_\_\_\_\_ ) いいえ

## •アレルギーはありますか

薬 はい( \_\_\_\_\_ ) いいえ食べ物 はい( \_\_\_\_\_ ) いいえ•たばこは吸いますか はい いいえ

•現在内服中の薬はありますか お薬手帳をお持ちの方はご提出ください

はい( \_\_\_\_\_ ) いいえ

## •妊娠・分娩歴

年 月	人工流産	流・早産	分娩方法	性別
			経膈 / 帝王切開	
			経膈 / 帝王切開	
			経膈 / 帝王切開	

## •当院をお知りになったきっかけを教えてください

- 1.当院ホームページ(携帯) 2.当院ホームページ(パソコン) 3.札幌市がん検診クーポン使用施設一覧  
 4.家族・友人のすすめ 5.オントナ 6.他院からの紹介 7.その他( \_\_\_\_\_ )