

問診票

診察券 No. _____

フリガナ

お名前： _____

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

〒

ご住所： _____ お電話番号： _____

携帯： _____

【本日はどのような症状で来院されましたか？】

- 月経異常 不正出血 月経困難 下腹痛・腰痛
かゆみ おりもの異常 外陰部異常
更年期障害 排尿障害 子宮下垂
がん検診 妊娠検査・妊婦健診
月経移動 緊急避妊 避妊の相談
その他 (_____)

【生理について】

初経： _____ 歳 閉経： _____ 歳

周期： _____ 日型 順 ・ 不順

経血量： 多 中 少 月経困難： あり なし

鎮痛剤内服： なし あり (薬品名： _____)

最終月経： 平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 日間

その前の月経： 平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 日間

【妊娠分娩など】

既婚 結婚年齢 _____ 歳 未婚 性交経験 なし あり

妊娠・出産 なし あり

- ① _____ 歳 出産 (経膣 帝王切) 流産 妊娠中絶
_____ 週 _____ g ♂ ・ ♀ 出産場所： _____
- ② _____ 歳 出産 (経膣 帝王切) 流産 妊娠中絶
_____ 週 _____ g ♂ ・ ♀ 出産場所： _____
- ③ _____ 歳 出産 (経膣 帝王切) 流産 妊娠中絶
_____ 週 _____ g ♂ ・ ♀ 出産場所： _____
- ④ _____ 歳 出産 (経膣 帝王切) 流産 妊娠中絶
_____ 週 _____ g ♂ ・ ♀ 出産場所： _____

裏面もあります⇒

【家族の病気】 例) 高血圧・糖尿病・悪性腫瘍・脳血管病変・遺伝疾患など

父 なし あり ()
母 なし あり ()
兄弟なし あり ()
その他 ()

【アレルギー】

なし あり
薬剤 ()
食品 ()
金属 ()
花粉症 ()

【今までの病気・手術】

喘息 高血圧 糖尿病

| | | |
|-------|-----------|----------|
| ____歳 | 病名：_____ | 手術：_____ |
| | 病院名：_____ | |
| ____歳 | 病名：_____ | 手術：_____ |
| | 病院名：_____ | |
| ____歳 | 病名：_____ | 手術：_____ |
| | 病院名：_____ | |
| ____歳 | 病名：_____ | 手術：_____ |
| | 病院名：_____ | |

【嗜好】

喫煙 なし あり (_____本/日 _____歳から)
飲酒 なし あり 一日の量：_____

【その他】

医師に伝えたいことがありましたら、ご自由にお書き下さい。