

問 診 票

ふりがな

記入日 _____年____月____日

氏名 _____

T・S・H _____年____月____日 年令 _____才 未婚・既婚 職業 _____

〒 _____

住所 _____

TEL _____ () _____ 【緊急時の連絡先Tel _____ () _____】

1 診察を受ける理由は？（いつ頃からどんな症状がありますか）

()

- ① 生理について（遅れている 不順 痛みが強い 量が多い 開始日を変更したい）
- ② 生理以外の出血がある ③お腹が痛い ④子供が欲しい
- ⑤ 外陰部について（かゆみがある 痛い しこりがある その他）
- ⑥ おりものについて（量が多い においがある 色がある）
- ⑦ ガン検診希望（頸部・体部）

2 現在およびこれまでに手術を含めて大きな病気をしたことがありますか？

- ① なし ② あり（具体的に： _____）

3 現在服用中のお薬はありますか？

- ① なし ② あり（お薬の名前： _____）

4 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

- ① なし ② あり（ _____）

5 生理について

最終生理 _____年____月____日 ～ _____日間

初潮 _____才 閉経 _____才

生理の周期（順・不順） _____日型

6 今までの妊娠について

子供 _____人 流産 _____回 中絶 _____回

出産 1人目 _____年____月 _____g 男・女

2人目 _____年____月 _____g 男・女

3人目 _____年____月 _____g 男・女

7 家族の方で大きな病気をされた方がいますか？

- ① いない ② いる（ _____）

8 身長 _____cm 体重 _____kg

9 今回の主訴だけ治療をして欲しい（はい・いいえ）

診察でその他の病状が見つければ、それも含め治療または検査を希望する（はい・いいえ）

【ガン検診】（当日希望する・後日希望する）