

婦人科外来問診票

初診日 年 月 日

* これからの診察の参考に致しますので正確にご記入及び□にチェックをお願いします。

* 不妊外来をご希望の方はご主人の情報もご記入ください。また「挙児希望者用問診票」もご記入ください。

* 当院では「個人情報の保護に関する法律」に従い、患者様の個人情報を厳密に取り扱っています。

フリガナ 氏 名	_____ (本人)	_____ (夫)
生年月日	S・H・R 年 月 日(歳)	S・H・R 年 月 日(歳)
住 所	(〒 -)	
電話番号	(自宅)	(携帯)
当院から連絡する場合 ☐ 自宅電話 ☐ 携帯電話 (留守番電話 ☐ OK ☐ NG)		

受診の経緯	ホームページ	紹介 (知人)	紹介 (医師)	クチコミ	その他()
-------	--------	---------	---------	------	--------

来院目的	* 1年以内に子宮ガン検診を受けられましたか? ☐ はい (年 月) ☐ いいえ	
☐ 妊娠かどうか ☐ 妊娠反応が陽性に出た・他院で妊娠と言われた ⇒ (☐ 分娩予定 ☐ 中絶予定)		
妊娠の相談 ☐ 夫婦生活がうまくもてない ☐ 子供ができない ☐ 流産・死産を繰り返す	ガン検診 (☐ 子宮頸部ガン ☐ 子宮体部ガン) 腹部の異常 ☐ 下腹部痛 ☐ 腰痛 ☐ しこり	
外陰・排尿の異常 ☐ かゆみ ☐ 痛み ☐ おりもの ☐ できもの ☐ 排尿痛 ☐ 頻尿 ☐ 残尿感 ☐ 性病検査希望	生理日・避妊の相談 ☐ 低用量ピルを希望 ☐ アフターピルを希望 ☐ 生理日の変更・月経周期の変更	
月経・出血の異常 ☐ 月経前の体調不良 ☐ 月経不順 ☐ 不正出血 ☐ 性交時出血 ☐ 出血が多い ☐ 生理痛が強い ☐ 月経が来ない	その他の来院目的	

月経について	最終月経 年 月 日～ 日間 (閉経された方 閉経年齢 歳)
初潮は何歳ですか? (歳)	月経の量は? ☐ 少ない ☐ 多い ☐ 普通
月経は順調ですか? ☐ はい ☐ いいえ	生理痛の程度は? ☐ ない ☐ 少し ☐ 強い
月経周期 (月経初日から次回月経初日前日まで) は何日型ですか? 日～ 日型	

アレルギーについて	アレルギー体質で ☐ ない ☐ ある
☐ 喘息 ☐ アトピー ☐ 花粉 ☐ 食物アレルギー ☐ ラテックス ☐ アルコール綿 ☐ 金属 その他 ()	

