

婦人科外来受診の方へ

20__年__月__日

問診にご協力ください。記入がすみましたら、受付へご提出ください。

ふりがな				職業
氏名				
生年月日	T・S・H	年	月	日生まれ (歳)
現住所	〒			
電話番号(連絡先)	(自宅)	(携帯)		

■本日受診された理由は何ですか？主なものにチェックをつけて下さい。

- 月経が来ない(妊娠の可能性) 月経の異常 (無月経 不順 痛み 出血量) 月経前の不調
 出血 腹痛 腰痛 おりもの かゆみ におい 痛み しこり 性交痛 子宮下垂感
 尿のトラブル(排尿痛 頻尿 残尿感 血尿 尿もれ) 性感染症の心配
 更年期障害 不妊相談 検診で異常ありといわれた(具体的に: _____)
 検診希望(子宮・卵巣 乳房) ピル希望(避妊 月経移動) 子宮頸がんワクチン
 治療希望(漢方薬 プラセンタ注射 ビタミン注射 ホルモン補充療法 男女産み分け)
 その他 (具体的に _____)

■結婚・妊娠・出産について 結婚(未婚 既婚 離婚 死別) 性交の経験(あり なし)
 妊娠・出産(なし 妊娠 ___ 回 出産 ___ 回)

■月経について 初潮 ___ 歳 月経(順調 不順・不規則 閉経 ___ 歳)
 最終月経 ___ 月 ___ 日から ___ 日間 普段の月経周期は ___ 日型で出血は ___ 日間

■いままでにかかった病気 なし あり(___ 歳のとき _____)

■現在治療中の病気 なし あり(病名 _____)

■現在服用中のくすり なし あり(薬品名 _____)

■喫煙習慣 なし あり ■飲酒習慣 なし あり 機会飲酒

■アレルギーについて なし あり(食べ物 くすり その他 その名前は _____)

■気管支喘息 なし あり ■アトピー性皮膚炎 なし あり ■蕁麻疹 なし あり

■血縁の家族について以下の病気がありますか なし あり

(高血圧・糖尿病・高脂血症・脳卒中・心臓病・がん・膠原病・甲状腺疾患・精神疾患・皮膚病・結核)

■当院を何でお知りになりましたか。

- 知人の紹介 インターネット 広告 電話帳 その他 (_____)