

## 問 診 票

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日生 ( 歳)
住所		
連絡先	自宅電話:	携帯電話:
	mail address:	
ご職業		未婚 (結婚歴なし・あり)・結婚予定・既婚

● 今日はどうなさいましたか？ (当てはまる項目に○をつけてください)

- 月経の不調 月経不順 出血が止まらない 出血量が多い 出血量が少ない 生理痛が強い  
月経がこない 月経が止まった 生理前に不快な症状がある
- 月経以外に出血がある
- 妊娠・妊娠の可能性がある (妊娠検査陽性 月 日 / していない)  
妊娠確定後は[継続希望・中絶希望・わからない]
- おりものが気になる 5. 外陰部や膣にかゆみがある
- 外陰部にできものがある 7. 下腹部痛がある 8. 更年期症状
- がんが心配 子宮がん検診希望 がん検診で再検査や精密検査の指示があった
- 尿が近い・残尿感がある 11. 月経をずらしたい ( 月 日～ 月 日)
- 妊娠のご希望 13. その他 ( )

● 月経について教えてください (空欄に記入していただき、また当てはまる項目に○をつけてください)

- 初経 ( 歳) 2. 閉経 ( 歳)
- 一番最近の月経はいつからですか？ ( 月 日から 日間)
- 月経周期は 順調 ( 日周期)・不順
- 生理痛は ない・ある (薬を飲む・飲まない)

● 体質について教えてください (空欄に記入していただき、また当てはまる項目に○をつけてください)

- 身長 ( cm) 2. 体重 ( kg)
- たばこ 吸う ( 本/日)・吸わない 4. お酒 飲む・飲まない
- アレルギー ない・ある (具体的に何に対するアレルギーですか？ )
- ぜんそくはありますか？ ない・ある (最後の発作 歳)
- ご家族の方に右記の病気の既往がある方はおられますか 糖尿病 高血圧 乳がん 子宮がん 卵巣がん

裏面もご記入ください⇒

