

# 問診票 (婦人科)

医療法人 昂会 岡本クリニック

フリガナ 氏名	生年月日 <西暦・昭和・平成> 年 月 日生 才	職業
住所 〒	(マンション名: )	紹介者
電話番号		
緊急連絡先	ご主人・パートナー・ご実家・その他( )	

1) どうなさいましたか？

- ① 月経の異常 → 主な症状をお答え下さい。(不順・長びく・多い・少ない・痛い) ( )
- ② 出血の異常 → いつからですか？ ( )
- ③ おりものの異常 → いつからですか？ ( )
- ④ 外陰部 <かゆみ・痛み> → いつからですか？ ( )
- ⑤ 腰痛・腹痛 → いつからですか？ ( )
- ⑥ しこりがある <外陰部・腹部・その他( )> → いつからですか？ ( )
- ⑦ 排尿時の痛み・尿意が近い → いつからですか？ ( )
- ⑧ 更年期障害 → 主な症状をお答え下さい。( )
- ⑨ 妊娠検査 (希望・未定・希望しない) ( )
- ⑩ その他 ( )

2) 子宮頸ガン検診を希望しますか？

(希望する・希望しない)

\* 1年以内に検診をした方はご記入下さい → ( 年 月 ) 異常(なし・あり) ( )

3) 月経についてお伺いします

周期 順調 ( ) 日型・不順 ( ヶ月に 回 ) 閉経 ( ) 才  
最終月経 ( 年 月 日より 日間)

4) 性交経験はありますか？ なし・あり

5) 結婚・妊娠についてお伺いします

未婚 ( 年 月 結婚予定 ) ・ 既婚 ( 年 月 結婚 )

6) 妊娠・出産されたことのある方は記入して下さい。

妊娠 計 ( ) 回 { 分娩 ( ) 回 流産 ( ) 回 人工妊娠中絶 ( ) 回 早産 ( ) 子宮外妊娠 ( ) }

7) 現在治療中または今までにかかった病気、入院・手術経験があれば記入して下さい。

なし・あり ( )

現在服用中の薬・サプリメント等があれば記入して下さい。

( )

8) 感染症の有無 なし・あり ( )

9) 薬剤・食物などのアレルギーの有無 なし・あり ( )

10) 喫煙の有無 なし・過去にあり・あり ( 本/日 × 年 )

11) 飲酒の有無 なし・たまに飲む・あり (内容・量: /日 × 年)

12) 当クリニックに来院されたきっかけは何ですか？

ホームページ (メール相談歴 あり・なし) ・ 知人 ・ 他院 ・ その他 ( )

13) 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg