

問診票

医) 昴会 岡本クリニック

フリガナ 氏名	生年月日 <大正・昭和・平成> 年 月 日生 才	職業
住所 〒	(マンション名:)	紹介者
☎自宅	☎携帯	
緊急連絡先	ご主人・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 しこりを触れる <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 妊娠検査薬 (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？

※当クリニックでは頸ガン検診をご希望で来院された患者様にも基本的に超音波検査(保険診療)をしております。

超音波など他の検査をご希望でない方は希望する(ガン検診のみ)にチェックして下さい。

希望する(ガン検診のみ)・希望する(他の診察も一緒に)・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・あり(本/日 × 年)・過去にあり

11) 飲酒の有無 なし・あり(本/日 × 年)・たまに飲む

12) 当クリニックに来院されたきっかけは何ですか？

インターネット(メール相談歴 あり・なし)・知人・他院・その他()

13) 身長()cm 体重()kg