

婦人科問診票

★

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 T・S・H 年 月 日 _____ 才

(※建物名/マンション名もご記入ください)

住所〒 _____ 職業又は学年 _____

【 携帯・自宅・会社 】

ご連絡可能な電話番号 _____ e-mailアドレス _____

(※クリニック名をお伝え可能な番号でお願いします)

()

★本日受診された目的について、つらい症状(ご希望)の順に番号をつけてください

- () 子宮・卵巣がん検診
- () 港区 区検診(子宮がん・乳がん・両方) * 港区在住の方のみ
- () 子宮筋腫、内膜症、卵巣腫瘍の検査
- () 不正出血 →いつありましたか?()
- () 下腹部痛 →いつありましたか?()
- () 更年期症状 →いつ頃からですか?()
- () 生理の異常(生理不順、生理痛・生理の量が多い、又は少ない)
- () PMS(月経前症候群)
- () 不妊の相談
- () 排尿の異常(排尿痛・残尿感・頻尿・尿もれ)
- () 外陰部の異常(かゆい・痛い・できものがある・おりものが気になる) →いつからですか?()
- () 性病の検査
- () 妊娠の診察
- 市販検査薬 使用(判定 +・- 検査日 月 日)・未使用 出産希望(有・無・未定) * 自費
- () 避妊相談(ピル・リング) →服用・使用経験(あり・なし) * 自費
- () 緊急避妊(月 日 時頃) * 自費
- () 生理をずらしたい 避けたい日にち(/ ~ /) * 自費
- () 検査セット(STDチェック・ブライダルチェック・その他) * 自費
- () 子宮頸がん予防ワクチン接種 * 自費
- () その他()

★あなたの状態を詳しく教えてください

身長 cm 体重 kg 初経 才 閉経 才
 最後の月経(一番最近の月経) 年 月 日から 日間
 その前の月経 年 月 日から 日間
 月経周期 月経が始まってから次の月経が始まる前日までの日数 順 (日) 不順 (~ 日)
 月経出血量 (多い・固まりがある・普通・少ない) 生理痛 (強・普通・弱・無) →鎮痛剤使用(なし・あり → 錠)
 未婚(性交経験 あり・なし) 結婚(才) 配偶者(現在 才) 離婚(才)
 妊娠 回 出産 回(帝王切開 回) 自然流産 回 人工中絶 回
 飲酒(ビール・ワイン・日本酒・焼酎・その他 本・杯/週) 喫煙 本/日

★できる限り詳しくご記入ください

- ・今までにかかった病気はありますか(年齢・病名・治療内容など)
 いいえ ・ はい ()
- ・現在、治療中の病気はありますか(病名・治療内容など)
 いいえ ・ はい ()
- ・アレルギーはありますか(薬・食べ物・花粉・ぜんそく・小児ぜんそく など)
 いいえ ・ はい ()

以前、子宮がん検診を受けたことがありますか

いいえ ・ はい (H 年 月 結果 : 異常なし ・ 異常あり)

家族の病歴 ()に父母、兄弟などの記入をしてください

癌() 高血圧() 糖尿病() ありがとうございます
 遺伝性疾患() アレルギー疾患() その他() 虎ノ門ウィメンズクリニック