

かわのレディースクリニック問診票

フリガナ	生年月日		
名前	S・H	年	月 日 (歳)
住所 〒	身長		cm
電話番号	職業	体重	Kg

本日はどうされましたか？

気になる症状がある

陰部の異常 (痒み 痛み できもの) おりものの異常月経の異常(止まった 量が多い 痛みが強い 月経前の症状 (具体的に) :)妊娠検査が陽性 不正出血下腹部痛 更年期障害 (症状 :)子宮や膣の下垂感 その他 ()

検診、相談を希望

子宮頸がん検診希望 (超音波検査を希望しますか？ はい いいえ)他院からの紹介や検診での精密検査 (内容 :)子宮頸がん予防ワクチン その他のワクチン (種類 :)不妊の相談 避妊相談 月経の移動 (月経を避けたい時期 :)性病検査希望 レディースドック希望 (スタンダード ブライダルチェック)美容注射 健康診断 その他 ()

月経について

初経 (歳) 閉経 (歳)

最終月経 : 月 日から 日間 前々回の月経 : 月 日から 日間

月経周期 : 日型 (整 不整) 月経量 : (少ない 普通 多い)生理痛 : 軽い 強い 鎮痛剤使用 : あり なし 鎮痛剤の効果 : あり なし 不定

結婚・妊娠・分娩について

性交経験 : あり なし 結婚 : 未婚 既婚 離婚

妊娠 () 回 分娩 () 回 自然流産 () 回 人工妊娠中絶 () 回

これまでにかかった病気、受けた手術など

子宮頸がん検診を受けたことがありますか？ なし あり (最終受診 : 年 月 日)子宮頸がん予防ワクチンを受けたことがありますか？ なし あり

病名 : (: 歳) (: 歳)

手術 : (: 歳) (: 歳)

喘息 : なし あり 使用薬剤名 ()アレルギー : なし あり (薬剤・物質名)現在、服用中のお薬はありますか？ なし あり (薬剤名 :)

↳お薬手帳がある方は受付にお渡しく下さい

家族歴 : あり (高血圧 糖尿病 がん 遺伝病 その他 :) なし喫煙 : なし 以前吸っていた あり (1日 本) 飲酒 : なし あり

スタッフ記載 : 最終月経から () 週 () 日 尿提出 (あり・なし)