

## かわのレディースクリニック問診票

フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
名前	年	月	日(	歳)
住所〒				職業
電話番号	身長	cm	体重	Kg

## ◆本日の受診の症状（理由）を教えてください

いつからどのような症状がありますか？

## ◆月経について

初経（ 歳） 閉経（ 歳）  
最終月経： 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）  
月経痛：なし 軽い 寝込むほどひどい 不定  
鎮痛剤の使用なし 鎮痛剤の使用あり(効果あり なし)

## ◆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

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 ）  
最後に子宮頸がん検診を受けたのはいつですか？（ 年 月 異常あり なし）  
子宮頸がん予防ワクチンを受けたことがありますか？ あり なし  
家族歴（どなたが）：なし あり（高血圧（ ） 糖尿病（ ） がん（ ）  
遺伝病（ ）その他：（ ）  
喫煙：なし 以前吸っていた あり（1日 本）  
飲酒：なし 機会飲酒 あり（1日 ml）

スタッフ記載： 最終月経から（ ）週（ ）日 尿提出（あり・なし）

