

初診問診票

初診日：令和 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	大正	年	月	日
			昭和			
電話番号	(携 帯 :)	緊急連絡先	(続柄 :)			
住所	〒					

◎本日はどうされましたか？（当てはまるものに○をつけて下さい。）

- ① 妊娠かどうか
- ・分娩を希望する
(当院 ・ 他院 ・ 未定)
 - ・分娩を希望しない
- ② 生理不順
/)
- ③ 出血
- ④ 生理の異常
(長引く・多い・少ない・痛む)
- ⑤ 腹痛・腰痛
- ⑥ 発熱 (度 ・ 平熱 度)
- ⑦ 排尿の痛み・頻尿
- ⑧ 更年期障害
(のぼせ・ほてり・発汗・めまい・冷え・肩こり)
- ⑨ 外陰部のかゆみ・痛み
- ⑩ 避妊の相談 (低用量ピル ・アフターピル)
- ⑪ 夫婦生活の相談
- ⑫ 子宮癌の検査 (体癌 ・ 頸癌)
- ⑬ 帯下 (おりもの)
- ⑭ 性病の検査
- ⑮ 月経移動 { 次回生理予定日(/ ~
避けた日 (/ ~ /)
- ⑯ その他 { }

※当院では乳ガン検診は実施していません。

・いつ頃からどのような状態か、現在どのような状態か、症状などご記入下さい。

{

・月経について

初潮 (歳) 月経周期 (日型) (整 ・ 不整)

最終月経 (月 日 から 日間) 閉経 (歳)

・アレルギーはありますか？

くすりのアレルギー： なし ・ あり (薬品名： 症状： ()

食べ物 ・ その他： なし ・ あり (内容：) ※裏面もご記入下さい

