

- ・コロナワクチン接種 (未・済 回)
- ・2週間以内の発熱 (あり・なし)
- ・濃厚接触 (あり・なし)
- ・2週間以内の渡航歴 (あり・なし)

石原レディースクリニック

## 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
			昭和 年 月 日 平成 ( 歳)
電話番号	(携帯： )	緊急連絡先	氏名： 電話番号： 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

・市販薬で検査されましたか？(はい・いいえ)

(はい)の方 (陽性・陰性)

・他医院受診 (あり・なし)

⑩ 更年期障害

(のぼせ・ほてり・発汗・めまい・冷え・肩こり)

⑪ 避妊の相談

・低用量ピル

・アフターピル

性交日時( / )( : )

最終月経

( 月 日から 日間 多・中・少)

その前の月経

( 月 日から 日間 多・中・少)

② 出血

③ 生理不順

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 外陰部のかゆみ・痛み

⑨ 帯下(おりもの)

⑫ 夫婦生活の相談

⑬ 子宮癌の検査 ( 体癌 ・ 頸癌 )

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 )

※裏面もご記入下さい

