

年 月 日記入

フリガナ		生年	S	年	月	日	職業		未婚 ・ 結婚予定
氏 名	様	月日	H	(	)	才			既婚 (才に結婚)
自 宅 所	〒							自宅電話	— —
								携帯電話	— —
連 絡 先	お名前	患者様とのご関係 ()							
緊急時の為に必ず ご記入下さい	〒	電話番号 — —							

【1】本日はどのようなことで来院されましたか？

※ ○で囲むか必要事項をご記入下さい

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. 月経の異常→出血が止まらない 出血量が多い・少ない
月経不順 生理痛が辛い 月経前の症状が辛い | 9. 下腹部痛 |
| 2. 月経周期の移動
(なりたくない期間 / ~ /) | 10. 尿が近い 残尿感 排尿時痛い |
| 3. 緊急避妊ピル(性交日時 / 時ごろ) | 11. 性病の心配 |
| 4. 避妊の相談 | 12. セカンドオピニオン |
| 5. 更年期症状 () が辛い | 13. 定期的な検診 (子宮 ・ 卵巣 ・ 他) |
| 6. おりものが気になる→量が多い・少ない ・色 ・臭い | 14. その他 () |
| 7. 外陰部や膣のかゆみ | 15. プラセンタ希望 |
| 8. 不正出血がある (いつから 出血量 多 中 少) | 16. がん検診希望 |

【2】ふだんの月経について

月経 無しの方 → ・閉経 才 ・手術 才 その他 ()
月経 有りの方 → 順 ・ 不順 最終月経 / ~ / 日間 日周期

生理痛は ない ・ ある 頭痛 ・ 腹痛 ・ 腰痛 ・ 痛くて寝込む ・ その他 ()
→その対処法 (薬 _____ を服用 ・ 特に何もしない)

【3】妊娠 ・ 出産歴について

1. 性交（セックス）の経験はありますか？ → [なし ・ あり]
2. 妊娠歴 → なし ・ あり (出産： _____ 回 自然流産： _____ 回 人工中絶： _____ 回)

【4】ご自身の体質や既往歴について

既往歴は？ ない
ある → (高血圧 脳神経 心臓 肺 胃腸 肝臓 腎臓 糖尿病 膠原病 心療内科 他)

身長 _____ cm 体重 _____ Kg
タバコ 吸わない 吸う (本/日)
飲酒 飲まない 飲む (ml / 日 週 月)
アレルギーはありますか？ ない
ある → 薬 ・ 注射 (薬剤名：)
花粉症 アトピー ぜんそく 鼻炎 食物 ()
その他 ()

※裏面に続きます ➡

【5】 当院を受診されたきっかけをお聞かせ下さい

1. 知人（身内）の紹介 〔 紹介者： _____ 様 〕
2. インターネットで調べて
3. 広告、看板をみて
4. 以前受診したことがあるから （ ） 年前
5. 近所だから
6. その他

* 初診の患者様 受付時間になりましたら受付を開始いたしますので、
この問診票を記載してお持ちください（受付にも用紙があります）。
※ボールペン（黒もしくは青）でご記入ください。

* 保険証をお持ちの上、初診受付にお越しください。
各種医療証・紹介状などをお持ちの方は同時に提出してください。

* 診察内容によってお呼びする順番が前後することがあります。
あらかじめご了承ください。

さとうレディースクリニック