



# 問 診 票

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな 氏 名	年齢	歳	連絡先	自宅：
				携帯：
身長/普段の体重	( ) cm	/	( ) kg	メール：
当院からの連絡方法 (希望するものに○) ※複数選択可		電話 ( 自宅・携帯 ) ・ メール ・ その他 ( )		

## 1. 今日はどうな理由で受診されましたか？ ※該当する箇所にチェックまたは○をご記入ください

- 症状がある
- 生理の異常 ( 痛みが強い 量が多い 周期が不順 その他 )
  - 不正出血                       お腹が痛む                       おりものの異常
  - かゆみ                               できもの                               尿の症状
  - 検診での異常                       生理前の体調不良                       更年期症状
  - 不妊の相談                       その他 ( )
- 検診希望
- 妊娠の診断                       妊婦健診                               性感染症
  - がん検診 (超音波検査を希望 する ・ しない)  その他 ( )
- その他
- ピル希望 ( 今回が初めて ・ 現在服用中 )                       月経移動
  - 緊急避妊                               避妊の相談                               中絶希望
  - プラセンタ注射                       レディースドック                       ワクチン ( HPV ・ その他 )
  - 上記以外 ( )

## 2. 月経について教えてください

- ・ 初経年齢は ( ) 歳    ・ 閉経年齢は ( ) 歳
- ・ 最終月経は ( ) 月 ( ) 日から ( ) 日間
- ・ 月経周期は ( ) 日    ・ 月経は順調ですか？ ( はい ・ いいえ )
- ・ 月経時の出血量は ( 少 ・ 中 ・ 多 )                              ・ 月経痛は ( 無 ・ 弱 ・ 中 ・ 強 )

## 3. 結婚、妊娠、出産について教えてください

- ・ ご結婚されてますか ( はい→ 初婚 ・ 再婚 ・ いいえ→ 未婚 ・ 離婚 ・ 死別 )
- ・ 性交(SEX)の経験はありますか ( はい ・ いいえ )
- ・ 婦人科での内診の経験はありますか ( はい ・ いいえ )
- ・ 今までの妊娠・出産についてご記入ください。  
妊娠 ( ) 回 出産 ( ) 回 流産 ( ) 回 中絶 ( ) 回 その他(子宮外妊娠など) ( ) 回

→ 裏面に続きます

#### 4. 今までにかかった病気やアレルギーなどについて

・子宮がん検診は受けていますか（ はい ・ いいえ ） →最終検診日： 年 月

・婦人科系の病気にかかったことがありますか（ はい ・ いいえ ）

病名：

・その他病気にかかったことがある、または現在治療中の病気がありますか（ はい ・ いいえ ）

※現在治療中の方はお薬名もご記入ください。

病名：

治療薬名：

・ご家族に病気の方はいますか（ はい ・ いいえ ） ※糖尿病、高血圧、がん など

（記入例）父：大腸がん 母：高血圧

病名：

・アレルギーはありますか（ はい ・ いいえ ）

アトピー ・ 喘息 ・ 食品（

薬品（

） ・ その他（

・飲酒について（ 飲まない ・ 時々飲む ・ ほぼ毎日飲む ）

・喫煙について（ 吸わない ・ 以前吸っていた ・ 吸う（1日 本） ・ 同居家族が吸っている ）

#### 5. その他

・今後オンライン診療を希望しますか？（ はい ・ いいえ ・ わからない ）

・心配なことや伝えたいことがありましたらご記入ください。

[ ]

～ ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください ～

◎妊娠中の方、ピルを検討中の方は血圧を測ってお持ちください。



LADIES HOME CLINIC  
YAWATA

レディースホームクリニックやわた