

問診票（妊娠以外で来られた方）

産婦人科鈴木クリニック

(ふりがな)

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本日の診察の参考にしますので、ご記入をお願いします。(あてはまる□にはレをご記入下さい。)

1) 本日はどのような事で来院されましたか。

- 性器出血 下腹部痛 帯下（おりもの） かゆみ
局所のしこり・できもの 局所の痛み
月経不順 月経痛 月経量が多い 月経が止まらない
月経前の体調不良（月経前症候群） 更年期症状
排尿に関する症状（排尿痛 残尿感 頻尿 尿もれ） 子宮が下がる感じ
子宮がん検診（クーポン券 あり なし） 性感染症の検査 不妊
その他（ _____ ）
*緊急避妊（アフターピル） *避妊（ピル 子宮内避妊具 相談の上）
*月経変更（月経調節） *医学的指導相談

*印については、健康保険適応外です。

2) 月経についてお尋ねします。

- ①最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 日間（閉経された方は、閉経年齢 _____ 歳）
②月経が始まったのは何歳のときでしたか。 _____ 歳
③月経周期 _____ 日型（規則的 不規則） 持続 _____ 日間
④月経量 少ない 普通 多い ⑤月経痛 なし 弱い 強い
⑥基礎体温を つけている つけていない

3) 性行為の経験は あり なし4) 結婚は している（ _____ 歳の時） していない

5) 妊娠・分娩歴についてお尋ねします。

- ①お産の回数は _____ 回（経膈分娩 _____ 回 帝王切開 _____ 回）
直近のお産は _____ 歳の時（ _____ 年 _____ 月）
②自然流産は _____ 回 人工妊娠中絶は _____ 回

6) アレルギー・既往症などについてお尋ねします。(身長は _____ cm 体重は _____ kg)

- ①気管支喘息は(小児期も含め) なし あり(治療内容 _____)
②アレルギー体質は なし あり(内容 _____)
③薬で副作用がでたことは なし あり(内容 _____)
④たばこを 吸わない 吸う(1日 _____ 本)
⑤現在服用中の薬は なし あり(内容 _____)
⑥今までに大きい病気や手術・入院のご経験があれば、ご記入ください。

(_____)

診察申込書

初めて受診される方、住所・氏名などの変更がある方は
ご記入ください

初めての受診 変更（ 氏名 住所 電話番号 ）

ふりがな 氏名
生年月日 昭和・平成・西暦 年 月 日
住所（住民票の住所） 〒
現住所（現在お住まいの住所） 〒
電話番号 自宅 携帯