

問診票

フリガナ		フリガナ	
お名前		夫	
生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)	生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)
携帯電話		携帯電話	
住所	〒		
電話番号		職業	

[1] どのような理由で来院されましたか。
 ① 不妊 ② おりもの ③ かゆみ ④ 出血 ⑤ 月経異常
 ⑥ 妊娠 ⑦ 腹痛 ⑧ 子宮がん検診 ⑨ その他()

[2] はじめて月経があったのは何歳ですか。 (歳)

[3] 月経は毎月きちんとありますか。
 ① 毎月きちんとあります。(日型)
 ② 不順です (日～ 日)

[4] 月経量 ① 多い ② 普通 ③ 少ない

[5] 月経痛 ① 非常に痛い ② 普通 ③ ほとんど痛くない

[6] 一番最近の月経はいつからですか。(月 日から 日間)

[7] 結婚はされていますか。 [はい(昭和、平成 年 月 日) (歳のとき)
 いいえ

[8] 妊娠したことはありますか。 ある()回 いいえ

[9] 出産の経験はありますか。 ある()回 いいえ

[10] 流産の経験はありますか。 ある()回 いいえ
 人工妊娠中絶()回 自然流産()回

[11] 子宮がん検診を最後に受けたのはいつですか。(平成 年 月 日)

[12] 風疹について [風疹の予防接種をしたことがある。(はい・いいえ・分からない)
 風疹抗体価検査をしたことがある。(はい・いいえ・分からない)

[13] 麻疹(はしか)の予防接種をしたことがありますか。(はい・いいえ・分からない)

[14] 今までに大きな病気にかかったことがありますか。()

[15] 手術を受けたことがありますか。()

[16] 現在病気の治療をしていますか。()

[17] 薬・食べ物のアレルギーはありますか。()

[18] 当院をどちらでお知りになりましたか。 他院の紹介()
 知人の紹介、近所の為、ホームページ、広告、その他()

ご協力ありがとうございました。

八王子ARTクリニック