

婦人科外来問診票 (西船橋レディースクリニック)

| | | | |
|--------|----------------|---|---|
| 受診日：平成 | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ | 生年月日：H・S 年 月 日 | | |
| 氏名 | (才) | | |
| 住所：〒 | 電話（自宅）： | | |
| | 携帯： | | |

1. 今日、診療希望の内容を○で囲んでください

- (1) 不妊症 (2) ピル希望 (3) 緊急避妊 (4) 生理移動 (5) 月経異常
 (6) 不正出血 (7) 生理痛 (8) 下腹部痛 (9) おりもの異常、性感染症検査
 (10) 更年期障害の診断と治療 (11) 骨粗鬆症治療 (12) 漢方薬治療
 (13) 船橋市の子宮頸がんと体癌検診、HPV 検査
 (14) プラセンタ、にんにく注射 (15) 人工妊娠中絶手術
 (16) マルチビタミン+プラセンタ点滴 (疲労解除、肌荒れ、強肝解毒など)
 (17) その他の希望、具体的にお書きください

(_____)

2. 月経について

- 初めての月経は何歳ですか？ () 歳
 ○最終月経は 年 月 日 ~ 月 日まで、月経周期 日
 ○月経は順調ですか 順調 ・ 不順
 ○月経量はどうか 多い ・ 普通 ・ 少ない
 ○閉経の年齢は何歳ですか？ () 歳

3. 今までに性行為の経験がありますか はい ・ いいえ

4. 結婚歴 未婚 ・ 既婚 ・ 死別 ・ 離婚

5. 妊娠・分娩について

- *妊娠回数 () 回 正常分娩 () 回
 帝王切開 () 回
 自然流産 () 回

子宮外妊娠（ ）回 人工流産（ ）回

6. 今までに薬でアレルギーが出たことはありますか？

ない、 ある（薬の名前_____）

7. 現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか はい・いいえ

8. 今までにかかった病気や受けた手術について

○現在治療中の病気はありますか はい・いいえ

はいとお答えの方 病名（ ）

○過去に婦人科の病気にかかったことがありますか はい・いいえ

*該当するもの全てに○をつけてください

不妊症、月経異常、子宮内膜症、子宮筋腫 子宮頸癌 卵巣嚢腫 膣炎
性感染症 クラミジア 淋菌 梅毒 尖圭コンジローム カンジダ
ヘルペス その他（ ）

○過去に婦人科の手術を受けたことがありますか はい・いいえ

はいとお答えの方 （ ）歳の時

治療の理由と内容（ ）

○今までにホルモン療法を受けたことがありますか はい・いいえ

はいとお答えの方 （ ）歳の時

治療の理由と内容（ ）

9. 現在服用中の薬（無、有）、薬剤名（ ）