

問診票

菊池産婦人科

診察券No

記入日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	様	〒	フリガナ	住所
S H R				
生年月日	年 月 日(才)	電話	職業	
未婚・既婚(年目)	身長 cm	体重 kg	血液型	型 Rh(+ ・ -)

1. 今日どのようなことで来院されましたか？ (複数回答可、チェック してください)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> がん検診希望 | <input type="checkbox"/> おりもの |
| <input type="checkbox"/> 月経異常(月経痛・月経不順) | <input type="checkbox"/> かゆみ |
| <input type="checkbox"/> 更年期障害 | <input type="checkbox"/> 性病チェック |
| <input type="checkbox"/> 不正出血 | <input type="checkbox"/> 不妊治療 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠しているor妊娠している可能性がある
(出産を希望・出産を希望しない) | <input type="checkbox"/> 産み分け相談(男の子・女の子) |
| <input type="checkbox"/> 妊婦健診 | <input type="checkbox"/> ブライダルチェック |
| <input type="checkbox"/> 避妊相談 | <input type="checkbox"/> 4D超音波希望(予定日 月 日) |
| <input type="checkbox"/> 緊急避妊 | <input type="checkbox"/> その他 |

2. 月経について

- ☆ 一番最近の月経(月 日より 日間) ☆ 月経量(多い・普通・少ない)
- ☆ 月経周期 日型(規則的・不規則) ☆ 月経痛(ひどい・普通・軽い)
- ☆ 初経 才 ・ 閉経 才

3. 妊娠について

- ☆ 性交経験 (有・無)
- ☆ 分娩 回 ・ 流産 回 ・ 中絶 回

4. 病気、手術、アレルギー等の既往症の有る方は詳細を記入し有りに○を、無い場合は無に○を付けて下さい。

- 病名 【(子宮筋腫、感染症など)】
- 輸血の経験 (有・無) 【】
- 現在治療中の病気、服用薬など (有・無) 【】
- 喘息 (有・無)
- 食物アレルギー (有・無) 【】
- 薬物アレルギー (有・無) 【】
- その他アレルギー (有・無) 【(花粉症、アトピーなど)】

5. 子宮頸がん検診

受けたことがある(年 月) ・ 受けたことがない

6. 当院を何で知りましたか？

近所・インターネット(ホームページ)・携帯サイト・電話帳・その他(友人知人の紹介(紹介者のお名前) 様)