問診表

No.　　年　月　日

氏名	フリガナ: 未婚 ・ 既婚	T. S. H. 生年月日:　年　月　日 (　才)
ご住所	フリガナ: 〒　－　都道府県	
電話番号:(自宅)　－　－　(携帯)　－　－		
メールアドレス:	身長:　cm	体重:　kg

●ご相談になりたい内容は何ですか？(○印をつけてください)

1.月経痛　2.月経不順や無月経　3.月経前の症状　4.不正出血
5.外陰のできもの　6.おりものやかゆみ　7.性感染症の心配　8.避妊希望
9.不妊・なかなか妊娠しない　10.月経をずらしたい　11.緊急避妊
12.更年期ではないか
13.性交痛・性交障害　14.頭痛　15.イライラ・うつ気分・情緒不安定
16.不眠　17.排尿痛・頻尿　18.尿失禁　19.下痢・便秘
20.むくみ　21.皮膚のトラブル　22.全体的な体調不良　23.ピルについて
24.がん検診の希望(□子宮頸がん　□子宮体がん　□卵巣がん　□乳がん　□他)
25. その他(　　)

●この内容について、いつ頃から・どのような症状なのかをお書きください。

●**性交の経験**はございますか？　□ない／□ある

●月経についておたずねします。

月　経:　□順調　□不順　□閉経した(　才で)
最終月経日:　年　月　日から　日間　周期:　日型
月 経 痛:　□ない／□ある →痛み止めを:□飲まない　□飲む(月に　日)
月 経 量:　□多い　□普通　□少ない

● 妊娠の経験はございますか？　□ない　□ある　□現在妊娠中

出産　回(→このうち正常分娩　回　帝王切開　回)
流産　回　人工流産(中絶)　回

●病気、大きな手術の経験はされましたか？

□ない／□ある　①病名(　/　才)　手術:□あり／□なし
②病名(　/　才)　手術:□あり／□なし

●喫煙についておたずねします。　喫煙:□しない／□する(　本／日)

●今までにアレルギー(薬のアレルギーなど)がありましたか？

□ない／□ある(　年　月頃・症状:　)

●最後に当院からの連絡をさせていただく場合についてお尋ねします。

名義:　□クリニック名での連絡希望　・　□個人名での連絡希望

自宅へTEL	□連絡可	□不可	携帯電話	□連絡可	□不可
自宅へFAX	□連絡可	□不可	Eメール	□連絡可	□不可
自宅へ郵送	□可	□不可			

201201c