簡易問診表

No.　　年　月　日

氏名	フリガナ:	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)　－　－		
E－mail:	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. 不妊・なかなか妊娠しない　9. 妊娠しているかどうか調べたい
10. 妊娠に関する不安(妊娠可能かどうか、持病や病気と妊娠について)
11. 妊婦検診(妊娠中～後期)　12. 月経をずらしたい
13. 避妊希望　14. 緊急避妊希望　15. 更年期ではないか？
16. 性交痛・性交障害　17. 頭痛　18. 肩こり・首のこり・背部痛・腰痛
19. 手指の痛み・しびれ　20. 動悸・息苦しさ　21. めまい・耳なり
22. イライラ・うつ気分・情緒不安定　23. 不眠　24. 家庭内暴力
25. 排尿痛・頻尿　26. 尿失禁　27. 下痢・便秘　28. 便失禁
29. 乳房のしこり・痛み・分泌物　30. 肌あれ・しっしん・じんましん
31. にきび　32. 皮膚のかゆみ　33. しみ・しわ　34. 脱毛
35. むくみ　36. 関節痛　37. 口渇・目の乾き　38. 全体的な体調不良
39. 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)
40. 持病の治療について相談したい(　　)
41. ピルについて　42. 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下さい。

★現在までに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)

★現在までに妊娠の経験はございますか？　□ない　□ある　□現在妊娠中

★前回の受診以降に病気、大きな手術、輸血の経験されましたか？

□ない／□ある　①病名(　　/　才)　手術:□あり／□なし

②病名(　　/　才)　手術:□あり／□なし

輸血:□ない　□ある　□不明　※自己血の場合も輸血にチェックしてください。

●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			