

初診受付・問診表（女性）

年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢	未婚・結婚予定
氏名	男 女	昭 平 年 月 日		既婚（ 才で結婚） 再婚・初婚
住所	〒（ ） e-mail :			ご職業
電話番号 :	身長 : cm		体重 : kg	

（1）本日はどのような症状でお困りですか？当てはまる項目に丸をお付けください（複数可）。

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 生理の異常
長引く・出血が多い・少ない・生理不順・生理痛 | 7 おりものが気になる |
| 2 生理以外の出血がある（ 月 日から 日間） | 8 外陰部や膣のかゆみ |
| 3 子供が欲しい 不妊治療の経験は（ない・ある） | 9 外陰部のできもの |
| 4 妊娠の診察
市販の妊娠検査薬（ 月 日 陰性・陽性/していない） | 10 尿が近い・残尿感がある |
| 5 生理をずらしたい
なりたくない時期（ 月 日～ 日間） | 11 下腹部痛・腰痛 |
| 6 緊急避妊ピル（モーニングアフターピル）
性交日時（ 月 日 時ごろ） | 12 がんが心配（子宮頸がん/体がん・卵巣・乳房） |
| | 13 更年期（イライラ、気分の浮き沈み、ほてり等） |
| | 14 漢方薬に興味がある |
| | 15 セカンドオピニオン |
| | 16 その他（) |

（2）生理についてお聞きします。

- 初潮（ 才） 閉経（ 才） 血液型（ 型 Rh +・- ） 性交経験（ 有 ・ 無 ）
- 最終月経（ 月 日から 日間）※直近の月経。月経中の方は現在の月経開始日をご記入ください。
- 生理周期（ 日）
- 出血量は（少ない・普通・多い・最初の2～3日のみ多い・ドロツとした血の塊がでてくる）
- 生理痛は（ない・あるが我慢できる程度・痛み止めを飲む・寝込むほど）
- 生理痛以外の症状がありましたらお書きください
()

（3）生活習慣・既往歴についてお答えください。

- たばこ（吸わない・吸う） 2 お酒（飲まない・飲む： ml程度/毎日・週 回・月 回)
- 薬や食品にアレルギーがありましたらご記入ください ()
- 現在内服している薬があればお書きください ()
- これまでにかったことのある病気や治療中の病気、手術歴があればお書きください ()

（4）当てはまる方は下記の項目にお答えください。

- 妊娠歴（ あり・なし ） ありとお答えの方は以下の項目にお答えください
(才のときに 出産・自然流産・中絶) (才のときに 出産・自然流産・中絶)

（5）当院を受診されたきっかけを教えてください。

知人から聞いて（ ）様・インターネットで調べて・ホームページを見て・看板を見て
以前受診したことがある・近いから・その他（)