

# 初診問診票

年 月 日

ふりがな：

お名前：

---

住所：

---

連絡先：（自宅）

---

（携帯）

---

・ 過去に婦人科の検診はありますか？ はい ・ いいえ

・ 性交渉の経験はありますか？ はい ・ いいえ

\* 内診、エコーができないこともあるのでお伺いします。

本日はどうされましたか？

プラセンタ希望

月経移動（次の生理予定日： 月 日 早めたい・遅らせたい）

不正出血（症状： ）

おりものがおかしい（症状： ）

更年期障害の相談（症状： ）

子宮がん検診、卵巣検診（ ）

避妊相談（アフターピル 低用量ピル 避妊リング 相談したい）

生理が遅れている（生理予定日 月 日 妊娠の可能性は ある ない）

妊娠かもしれない 出産希望 ・ 検討中 ・ 中絶希望

その他（ ）

最近の月経はいつありましたか？ ( 月 日 から 日間 )

その前の月経は？ ( 月 日 から 日間 )

① 初経は ( 歳 頃 ) ② 閉経された方 ( 最後の月経は 歳頃 )

③ 月経周期は ( 不順 ・ 順調 → 日周期 )

④ 量は ( 少ない ・ 普通 ・ 多い )

⑤ 生理痛は ( ひどい ・ 普通 ・ ない )

⑥ 結婚はしていますか？ ( している ・ していない )

⑦ 妊娠の経験 ( ある ・ ない ) 中絶の経験 ( ある ・ ない )

⑧ 妊娠・出産歴をお書きください。

年 月 日	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶
年 月 日	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶
年 月 日	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶
年 月 日	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶
年 月 日	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶

手術の経験 ( ある ・ ない ) ある方 ( 病名 : )

薬や注射にアレルギー ( ある ・ ない ) ある方 ( )

他にお持ちの病気 ( ある ・ ない ) ある方 ( )

何か薬を飲んで ( いる ・ いない ) 飲んでいる薬 ( )

当院を知った理由  知人の紹介  看板  ホームページ  通りがかり  その他