

茗荷谷レディースクリニック 問診票

ふりがな	生年月日 T・S・H	年 月 日
お名前	(歳)	未婚・既婚・婚約中
住所 〒		
電話番号：		
身長	体重	職業

☆本日はどうされましたか？当てはまる□にチェックして必要事項をご記入ください。

- 検診希望** 子宮がん検査 子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣チェック ポリープ
レディースドック 性病検査 その他 ()
- 不妊症相談**→別紙問診票があります。
- 妊娠したい/妊娠できるか知りたい** (不妊スクリーニング検査) →別紙問診票があります。
- 妊娠した**
妊娠検査薬で検査しましたか？ (はい・いいえ 検査日： 月 日 結果：+ -)
妊娠している場合の出産希望は？ (あり・考え中・なし)
※当院では人工妊娠中絶を行っておりません。
- 月経異常** こない とまらない 周期が不順
量が多い 少ない 他 ()
いつからですか？ ()
- 月経痛がひどい** 程度：鎮痛剤を使用 (最大 回/日 日間・不使用・使いたくない)
- 不正出血** いつからですか？ () 現在もつづいていますか？ はい いいえ
- 腹痛** 部位：全体 下腹部 (左・右・中央)
程度：気になる・鎮痛剤を使用・不使用
いつからですか？ ()
- おりもの** 色が気になる 量が多い 匂いが気になる
いつからですか？ ()
- 陰部のトラブル** 症状は？ かゆい 痛い できもの
いつからですか？ ()
※おりものシートは使っていますか？はい・いいえ
- 月経前に調子が悪い (PMS)** 症状は？ ()
- 更年期相談** 症状は？ ()
- 避妊相談** 緊急避妊 低用量ピル 避妊IUD
- 月経移動** 月経が来てほしくない期間 月 日から 月 日まで
普段の月経周期 順調 (日周期) 不順 最終月経 月 日～
- ワクチン**
- その他** ()

裏面に続きます。→→→

☆あなたの体の状態について教えてください。

①-1生理についてお答えください

▶最終月経 月 日から 日間

(いつも通り・いつもより：多い 少ない 長く続く 短い)

▶その前の月経はいつからでしたか？ 月 日から 日間

▶月経周期：順調（ 日型）・不順（ 日から 日）

持続期間： 日間

▶量：少ない・普通・多い・塊がでる

▶初潮： 歳

▶閉経： 歳

▶生理痛：なし・あり（症状→下腹痛・腰痛・頭痛・吐き気・その他 ）
鎮痛剤服用（なし・あり）

①-2これまでの妊娠・分娩について伺います

▶妊娠したことがありますか？ はい・いいえ

妊娠 回

出産 回（経膈分娩 回、鉗子分娩 回、吸引分娩 回、帝王切開 回）

流産 回

中絶 回

②産婦人科の診察を受けたことがありますか？ はい・いいえ

③性交経験がありますか？ はい・いいえ

④子宮がん検査を受けたことがありますか？ なし・あり 最後の検診 年 月

⑤薬や食物のアレルギーはありますか？ なし・あり（ ）

⑥現在、通院中の病気がありますか？ なし・あり（ ）

⑦大きな病気をしたことがありますか？ なし・あり（ ）

⑧以下に当てはまる箇所がある方は□にチェックをし、詳細が分かる場合はご記入ください。

□手術をしたことがある（どのような手術ですか？ ）

□現在内服しているお薬やサプリメントがある（ ）

□現在授乳中である

□喘息がある

☆当クリニックをどのように知りましたか？あてはまるものに○印をつけてください。

歩いていて・クリニックのHP・内覧会・知人からの紹介・他医療機関からの紹介・折り込み広告
パンフレット・電柱広告・その他（ ）