

問 診 表

婦人科用

診察の前に、必要事項を記入し、受付に提出してください。

ふりがな _____
氏名 _____
住所 〒 _____

電話番号 _____
携帯電話 _____
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (才)
職 業 _____

≪ 今日を受診目的 ≫

～ 当てはまる所に○をお付けください～

1. 生理が異常
2. 生理痛が強い
3. おりもの (帯下) が多い
4. 陰部がかゆい・痛い
5. 下腹が痛い
6. 子供がほしい
7. 更年期の相談
8. 子宮癌検診
9. 乳癌検診
10. 性感染症の検査希望
(クラミジア・淋病・エイズなど)
11. 妊娠かどうか検査したい
 - a. 分娩を希望する
 - b. 人工妊娠中絶を希望する
(他院へのご紹介となります。)
12. 生理日を変えたい
月 日から 月 日まで避けたい
13. 避妊の相談 (ピル・緊急避妊 (アフターピル) など)
14. その他の相談や、診てもらいたい病気

※希望する検査 (子宮癌・乳癌検査・性感染症・妊娠) と生理変更や避妊のように病気でない場合は、自費診療となります。

～ 以下の項目をご記入ください～

- 1) 一番最近の生理
平成 年 月 日から
平成 年 月 日まで
月経周期 整 (日周期) ・ 不整
最終月経 (当てはまる方のみご記入下さい)
平成 年 月 日まで
才の頃
- 2) 性交の経験
有 / 無 (○をお付けください)
- 3) 結婚
有 / 無 (○をお付けください)
結婚した年齢 才
- 4) 妊娠の回数 : 回・分娩 : 回
自然流産 : 回・人工中絶 : 回
- 5) たばこ
吸う / 吸わない (○をお付けください)
吸うと答えた方 : 1日に吸う本数 本
喫煙を始めて 年
- 6) アルコール
飲む / 飲まない (○をお付けください)
飲むと答えた方 : 1日 本くらい
- 7) 薬剤アレルギー
有 / 無 (○をお付けください)
有と答えた方 (薬の名前) :
- 8) 手術・入院の経験がある方はご記入ください。
手術の種類 () 年 月 日

当クリニックをお知りになった理由は? (当てはまる所に○をお付けください)

1. 知人、友人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____)
2. インターネット
3. その他 (_____)

個人情報保護方針

当クリニックでは、個人情報に関するリスクを認識し、適正な施策を実施することにより、個人情報の紛失、改ざん、漏えいなどの危険防止に努めます。

診療及び当クリニックの運営管理に必要な範囲においてのみ、患者様の個人情報をご提供いただきます。

また、患者様の承諾を得た範囲以外の第三者への提供・開示は一切行いません。