

<新規患者用問診票>

日付

ID:

ふりがな

氏名

女 男

職業

生年月日

明治 大正 昭和 平成 : 年 月 日生まれ

歳

現住所

〒 -

電話番号（自宅）

携帯番号

メールアドレス

1、本日受診された主な症状、理由は何ですか？（項目に○をつけて下さい。）

不正出血 月経血量が多い 月経が止まらない 月経が不順 月経が遅れている

月経痛がひどい 下腹部痛 腰痛 おりもの かゆみ 外陰部の異常

乳房のしこり、痛み、張り 排尿異常（排尿時痛、残尿感、頻尿、尿漏れ） 更年期症状

子供が欲しい 妊娠を疑う（妊娠継続を希望 する・しない・未定） 妊婦健診希望

検診希望：子宮癌検診（出血：あり、なし） 乳癌検診（しこり、痛み、緊満感：あり、なし）

大村市基本健康調査 大腸がん検診 骨粗鬆症検診

月経をずらしたい 低用量ピル希望 緊急避妊ピル（アフターピル）希望 性病検査

その他

2、月経（生理）についてお尋ねします。

月経が始まった（初経）年齢は？（ ）歳 月経が終った（閉経）年齢は？（ ）歳

月経痛がありますか？ はい（強い 中くらい 弱い） いいえ

月経時の出血量は？ 多い（レバー状の塊が出る） 中等量 少ない

月経初日から次の月経までの日数（月経周期）は？（ ）日型 順調 不順

月経の持続日数は？（ ）日間

最近の月経は？（ ）月（ ）日から（ ）月（ ）日まで 覚えていない

その前の月経は？（ ）月（ ）日から（ ）月（ ）日まで 覚えていない

うらへ続きます ⇨

3、ご結婚は？ 未婚 婚約中 既婚（昭和 平成 年 月結婚） 離婚

4、性交渉の経験はありますか？ なし あり

5、妊娠した事がありますか？ なし あり

妊娠回数： 回、（分娩： 回、死産： 回、流産： 回、中絶： 回、子宮外妊娠： 回）

6、今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？ なし あり

何歳頃ですか？ 歳頃、病名：（ ）
歳頃、病名：（ ）
歳頃、病名：（ ）

7、手術（婦人科疾患以外も含みます）をした事がありますか？ なし あり

何歳頃ですか？ 歳頃、術名：（ ）
歳頃、術名：（ ）
歳頃、術名：（ ）

8、薬や食べ物などで湿疹やじんましんが出たり気分が悪くなった事がありますか？

また、アレルギー性の病気はありますか？ なし あり

ありの場合、それは何ですか？：

9、その他、心配な事、気になる事、聞きたい事などがあればお書き下さい。

※差し支えなければ、当院を選ばれた理由をお聞かせ下さい。

家族、知人・友人から勧められた 広告を見て インターネットを見て 電話帳で調べた
他院からの紹介 診療所を見かけて その他（ ）

当院からのお知らせメール（例：次回受診のお知らせなど）を送っても構いませんか？

☐希望しない ☐希望する（パソコンまたは携帯アドレス： ）

ご協力ありがとうございました。この問診票は、診療以外の目的には
使用いたしませんので、ご安心下さい。

よしだレディースクリニック