

ID _____



年 月 日 記載

しょうこ・女性クリニック 初診問診表

フリガナ

お名前 _____ (才) (男、女) 生年月日 S・H・R 年 月 日

住所：〒 _____

電話：(携帯) _____ (自宅) _____

身長	_____	cm
体重	_____	kg
体温	_____	°C
血圧	_____ / _____	mmHg

① 今日はどうされましたか？ 気になる症状を○で囲んでください。

- | | | | |
|---------|---------------------------------|------------|---------------------|
| 子宮頸がん検診 | おなかがいたい | 生理以外で出血がある | 生理がこない |
| 生理痛がひどい | 生理前にきつい | おりものが多い | 外陰部にかゆみがある |
| 尿がちかい | 排尿時にいたみがある | 尿がもれる | |
| 妊娠の診断 | 妊娠しづらい ※今までに治療したことが (ある ・ ない) | | |
| 性生活の相談 | 避妊の方法を知りたい | 性病の心配 | |
| 風邪症状がある | 更年期の心配 | 頭痛 | めまい のぼせ 不眠 イライラ 肩こり |
| ピル希望 | レディースチェック | 予防接種 | (_____) |
| その他 | (_____) | | |

② 薬・食品やその他アレルギーはありますか？ (いいえ・ はい) ※はいの方は以下をご記入ください。

薬・食品名	症状
_____	_____
薬・食品名	症状
_____	_____

③ タバコは吸いますか？ (いいえ・吸っている・吸っていた) 1日 本 年間

④ 子宮頸がん検診を受けていますか？ (いいえ ・ はい) 最終検診 年 月 異常(あり・なし)

⑤ 月経歴について

初経 _____ 才 閉経 _____ 才

最終月経： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 月経周期：順調 (_____ 日周期) ・不順 持続：(_____) 日間

月経量：(少・中・多) _____ 月経痛：(なし・弱・中・強) _____ 月経中に痛み止めを服用する (する・しない)

⑥ 性交歴 (あり ・ なし)

⑦ 結婚していますか？ (している _____ 才 ~ ・ していない ・ していた ・ 同棲中)

※裏面に続く ➡

⑧ 妊娠したことはありますか？（あり・なし） ※ありの方は以下をご記入ください。

年齢	妊娠期間	分娩方法	出生体重（約）	病院名
才時	ヵ月	中絶・流産・普通分娩・帝王切開	g	
才時	ヵ月	中絶・流産・普通分娩・帝王切開	g	
才時	ヵ月	中絶・流産・普通分娩・帝王切開	g	
才時	ヵ月	中絶・流産・普通分娩・帝王切開	g	

⑨ 今までに病気をしたことがありましたか？（はい・いいえ） ※はいの方は以下をご記入ください。

年齢	病名	入院○×	手術○×	輸血○×	病院名
才					
才					
才					

⑩ 現在、通院されている病院や内服している薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。

何才から	病名	薬	病院名

⑪ 血のつながった家族に以下の病気にかかった方はいますか？

高血圧（どなた） 糖尿病（どなた） 乳癌（どなた）
 その他の癌（どなた） その他遺伝性の病気（病名）

⑫ その他、気になることがありましたらご記入ください。

⑬ 当院をどこで知りましたか？ ※当てはまるものいくつかでも○をつけてください。

通りがかり ・ 看板 ・ ホームページ ・ 知人の紹介 ・ Facebook ・ Instagram
 その他（ ）

ご協力誠にありがとうございました。

名前 _____ (←申し訳ありませんがもう一度お願いします)