

初診問診票

初診日： 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	大正
			昭和 年 月 日
電話番号	(携帯：)	緊急連絡先	平成 (歳)
			(続柄：)
住所	〒		

◎本日はどうされましたか？（当てはまるものに○をつけて下さい。）

①妊娠かどうか

他院で分娩を希望する
 分娩を希望しない

※市販薬で
 検査されましたか？
 (はい ・ いいえ)
 ↓
 はいの方
 (陽性 ・ 陰性)

⑧更年期障害

のぼせ・ほてり・発汗・めまい・冷え・肩こり

⑨ 外陰部のかゆみ・痛み・帯下(おりもの)

⑩ 避妊の相談

⑪ 不妊症の検査・治療

⑫ 子宮がん検診

⑬ 乳がん検診

⑭ 性病の検査

⑮ その他

② 生理不順

③ 出血

④ 生理の異常

長引く・多い・少ない・痛む

⑤ 腹痛・腰痛

⑥ 発熱 (度・平熱 度)

⑦ 排尿の痛み・頻尿

()

・いつ頃からどのような状態か、現在どのような状態か、症状などご記入下さい。

()

・月経について

*初潮 (歳) *月経周期 (日型) (整 ・ 不整)

*最終月経 (月 日から 日間) *閉経 (歳)

・アレルギーはありますか？

*くすりのアレルギー： なし ・ あり (薬品名： 症状：)

*食べ物 ・ その他： なし ・ あり (内容：)

※裏面もご記入下さい。

