

問診表

医) 田村産婦人科医院

フリガナ						未婚 ・ 既婚
お名前	旧姓 ()					
生年月日	T	S	H	年	月	日
携帯番号	—					—
電話番号	—					—
住所	〒					

- ★来院の有無についてご家族に答えても 良い ・ 悪い
★身長 (cm) 体重 (kg)
◎最終生理開始日 月 日 ~ (日周期 整 ・ 不整)
◎初潮 歳
※ 性交渉経験 無 ・ 有
※ 出産経験 無 ・ 有 (回)

- ◆生理が遅れている 検査薬 (月 日 + - 未検査)
◆生理がダラダラ続く ◆不正出血 月 日 ~ 多 中 小
◆生理不順 ◆生理痛 月 日 ~
◆生理日変更 月 日 ~ 月 日 を避けたい

- ◇気分が悪い 吐気 風邪 下痢 便秘
◇胸痛 切れている しこり 汁が出る (熱 °C)
◇腰痛 腹痛 張る
◆下が痛い かゆい できもの おりもの におい
◆頻尿 残尿感 排尿時痛 血尿

- ◇更年期症状 不眠 ほてり 頭痛 めまい

- ◆避妊希望 ピル リング (挿入 除去 交換)
◆緊急ピル 月 日 AM ・ PM :

- ◇検診を希望 子宮ガン 乳ガン

- ◆不妊症の相談

- ◇その他・・・文章で詳しくご記入ください。(子宮筋腫など)