

問診表

医) 田村産婦人科医院

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

★来院の有無についてご家族に答えても 良い ・ 悪い

★身長 () 体重 ()

◎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)

◆生理がだらだら続く ◆不正出血 月 日 ~ 多 中 少

◆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 (具体的にご記入ください ... 子宮筋腫など)

◎今までにかかった大きな病気・ケガ・手術など 無 ・ 有

◎現在治療中の病気 無 ・ 有

◎ぜんそくまたは、アレルギー 無 ・ 有

有の方(具体的にご記入ください)