

問 診 票



MANO WOMEN'S CLINIC

※すべてご記入下さい。

ご記入日： 年 月 日

フリガナ		身長		体重	
名前		cm		kg	
生年月日	S・H・R 年 月 日	年齢	歳	血液型	型
住所	〒 (-)				
自宅TEL	携帯番号				
職業	専業主婦 ・ お勤め(パート等を含む) ・ 学生 ・ その他				
	お勤め先名	TEL			

1. 本日来院した理由について記入、またはあてはまる項目にチェックして下さい。

<input type="checkbox"/> 不正出血がある	<input type="checkbox"/> 下腹部が痛い	<input type="checkbox"/> 外陰部に異常がある
<input type="checkbox"/> 月経が(<input type="checkbox"/> 止まった <input type="checkbox"/> 不順)	<input type="checkbox"/> おりものが多い(<input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> ピンク <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 白)	
<input type="checkbox"/> 月経痛がひどい	<input type="checkbox"/> 月経量が多い	
<input type="checkbox"/> 月経をずらしたい(月 日～ 月 日の間を避けたい、予定月経： 月 日～)		
<input type="checkbox"/> 子どもがほしい	<input type="checkbox"/> 避妊の相談がしたい	
<input type="checkbox"/> 検査がしたい(<input type="checkbox"/> 子宮癌検診 <input type="checkbox"/> 性感染症検査)		
<input type="checkbox"/> 更年期障害かどうか： <input type="checkbox"/> ほてり <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他()		
・ そのほか、具体的な症状やご質問などある方はご記入ください。		
[

2. 月経について教えてください。

(1)最後の月経はいつでしたか？	(月 日～ 月 日までの 日間)
(2)いつもと同じ量でしたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(3)月経はだいたい何日周期ですか？	(日周期) ※生理が始まってから次の生理が始まるまでの期間です
(4)月経痛はありますか？	<input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 弱い) <input type="checkbox"/> いいえ
(5)出血量はどれくらいでしたか？	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
(6)初めての月経はいつでしたか？	(歳ごろ)
(7)閉経はいつでしたか？	(歳ごろ)

3. 性交渉(セックス)の経験はありますか？

<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※裏面もご記入ください。

4. 過去の妊娠・分娩について教えてください。

妊娠()回	分娩()回	流産()回	中絶()回
--------	--------	--------	--------

分娩内容

年月	出生体重	性別	健康	方法※	帝王切開の理由	週数	病院名
例 H20年 4月	3120 g	男・女	健・否	正		40 週	まのウイメンズ
年 月	g	男・女	健・否			週	
年 月	g	男・女	健・否			週	
年 月	g	男・女	健・否			週	
年 月	g	男・女	健・否			週	

※正…正常、吸…吸引、鉗…鉗子、帝予…帝王切開(予定)、帝急…帝王切開(緊急)と記入してください。

5. あなたについて教えてください。

(1)最近子宮癌検診を受けましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(年 月ごろ)
(2)基礎体温を付けていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
(3)拳児希望の方：いつから避妊していませんか？	(年 月 ごろから)	
(4)喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(最終発作： 歳)
(5)薬や食べ物などのアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
(6)現在、他院にて診察を受けていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(施設名：) (診断名：)
(7)現在服用中の薬、サプリメントなどはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(薬剤名：)
(8)今までに手術を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(診断名：) (手術名：)
(9)今までに以下の産婦人科系の病気になったことはありますか？		
<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症	<input type="checkbox"/> 子宮腺筋症
<input type="checkbox"/> 子宮奇形	<input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍	
<input type="checkbox"/> クラミジア	<input type="checkbox"/> 性器ヘルペス	<input type="checkbox"/> 梅毒
<input type="checkbox"/> その他()		
(10)今までに以下の病気になったことはありますか？		
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患
<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 肝炎
<input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血
<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 精神疾患
<input type="checkbox"/> 血栓症	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	
<input type="checkbox"/> その他(病名：)		
(11)血縁者に以下の病気の方はみえますか？		
<input type="checkbox"/> 子宮体がん	<input type="checkbox"/> 卵巣がん	<input type="checkbox"/> 乳がん
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 血栓症
<input type="checkbox"/> その他の遺伝性疾患(病名：)		
(12)喫煙はしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(本/日) <input type="checkbox"/> 禁煙した(年ごろから)
(13)飲酒はしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(週に 回/ 本・杯) 種類()

6. 配偶者・パートナーについて教えてください。

フリガナ		年齢
名前		歳
職業・お勤め先	連絡先	

ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。

※次回以降のご予約を、当クリニックWebページから行っていただけます。ぜひご利用ください。