

問 診 票

ID: _____ (初 ・ 再)

受付日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ふりがな お名前: _____

住所 : _____

電話番号 : (自宅) _____ (携帯) _____

生年月日: 和暦 (T · S · H) _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳

< ↓ 該当する項目の○にチェックしてください >

・最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間

・月経が遅れていますか 遅れている 遅れていない

・妊娠の可能性がありますか ない ある 市販薬検査: _____ 未 ・ 済 (+ -)

・月経の量について 多い 多くて塊もある 普通 少ない

・月経の時に痛みはありますか はい いいえ

・月経の周期 _____ 日型 _____ 日間 月経不順あり 月経不順なし

ルナルナアプリを使用中の方は6桁のルナルナデータ番号を記入して下さい _____

・閉経していますか はい 閉経年齢 _____ 歳

・月経前後症状がある場合、該当する症状の○にチェックして下さい

ない 頭痛 腰痛 いらいらする 吐き気 浮腫み 体重増加

食欲不振 緊張状態になる 抑うつ状態 その他(_____)

・性交の経験はありますか ある ない

・結婚していますか していない している 婚約中

・妊娠したことがありますか ある ない

・分娩したことがありますか ある 正常分娩 _____ 回

帝王切開 _____ 回 鉗子分娩 吸引分娩

・流産したことがありますか ある _____ 回

・子宮外妊娠をしたことがありますか ある ない

・人工妊娠中絶を受けたことがありますか ある _____ 回 受けたときの年齢 _____ 歳

※裏面にも質問が続きます

・現在服用している薬がありますか ある ない

・服用している薬がある場合、そのお薬に該当する病名の○にチェックして下さい

高血圧 高脂血症 糖尿病 喘息 肝臓の病気 腎臓の病気

乳がん 甲状腺の病気 精神・心療内科に関する病気 その他 _____

服用している薬の名前が分かればお書き下さい _____

・アレルギーはありますか ある ない ※ある場合、以下の該当するものにチェックして下さい

抗生剤() 痛み止め() 食べ物()

金属類() 動物() 花粉() その他()

・今まで婦人科の手術を受けたことがありますか ある ない

手術を受けたことがある場合、以下の該当するものにチェックして下さい

子宮筋腫による子宮全摘 子宮筋腫による子宮部分摘出

卵巣腫瘍による卵巣摘出 卵巣腫瘍による卵巣部分切除

円錐切除 その他の手術 _____

・今まで子宮がん検診を受けたことがありますか

ない ある 最後に受けた時期 _____年 _____月頃

・本日受診した理由で該当する症状、希望事項があればチェックして下さい

妊娠確認 月経が止まった 月経の異常 陰部がかゆい 陰部が痛い

月経以外の出血がある(不正出血) お腹が痛い お腹にしこりがある

おりものが多い(黄色・ピンク・褐色・白いヨーグルト状)

尿がちかい 排尿時に痛みがある 肩がこる 浮腫み めまい

のぼせ 不眠 いらいらする 不妊治療 不妊検査

子宮がんの検査を受けたい(以下の希望するものにチェックして下さい)

頸がんのみ ・ 頸がん体がんの両方検査を受けたい ・ 卵巣の検査

ピル希望 プラセンタ希望 月経をずらしたい 避妊器具の挿入

人工中絶希望 緊急避妊希望 点滴希望 (希望メニュー: _____)

その他 _____

※何でこのクリニックを知りましたか (人から ・ HP を見て ・ 衣笠病院に通院していた)