

②

【問診票】

氏名 (旧姓) 生年月日 年 月 日 歳

住所 (アパート名・部屋番号) 電話番号 (携帯)

〒

メールアドレス @

お知らせや案内等を郵送する場合があります。希望しない方はお声かけください。

当てはまるところに○印をつけ、下線部はご記入ください。

● 磐城共立病院を受診したことはありますか? < いいえ・はい >
いつ頃、何科を受診しましたか? (年頃 科)

● 身長 cm ● 体重 kg

◆ どうなさいましたか? ◆

- 1 お腹が痛い
2 頭痛・めまい・のぼせ・肩こり
3 生理の異常や生理以外の出血
4 尿が近い・排尿時に痛む
5 かゆみやおりものが多い
6 ピルの相談・生理の調整
7 性病検査 (クラミジア・淋病・その他)
8 その他

◆ 月経について ◆

- ① 最終月経開始日はいつですか? < 月 日 ~ 日間 >
② 周期は何日型ですか? < 順調 (日型) ・不順 >
③ 初めての生理は何歳ですか? < 少ない・普通・多い >
④ 生理の量はどのくらいですか? < 少ない・少し・強い >
⑤ 生理痛はありますか? < ない >
⑥ (閉経された方へ) 最後の生理は何歳ですか? < 歳 >

◆ 今までかかった病気や手術について ◆

- ① 入院、通院治療、手術をしたことはありますか? < いいえ・はい >
帝王切開 婦人科疾患 精神疾患 虫垂炎 血液疾患 糖尿病 喘息 (小児・現在)
肝臓病 腎臓病 高血圧 甲状腺 脳疾患 その他 ()
② アレルギーはありますか? < いいえ・はい >
(薬 ・ 食物 ・ ラテックス ・ その他)

◆ 結婚・妊娠・分娩について ◆

- ご結婚はされていますか? 既婚 (歳の時) ・未婚 (結婚予定 あり・なし・未定)
● 妊娠をしたことはありますか? < いいえ・はい >

分娩回数 回 流産・中絶回数 回

裏面あり

