

みなみレディースクリニック診療問診票

令和__年__月__日

フリガナ
お名前 _____様

生年月日 M T S H _____年____月____日 年齢 _____歳 ご職業_____

郵便番号 _____ 携帯番号 _____

住所 _____

血液型 _____型 Rh(____) 身長 _____cm 体重 _____kg

1、今日はどうなさいましたか？

- 不正出血がある
- 月経に関する相談（月経困難症・PMS について）
- 月経不順
- 妊娠の可能性
妊娠検査薬を試されましたか？
 未検 陽性（ 出産を希望する 出産を希望しない）
- 下腹部痛・腰痛
- おりものが多い
- 陰部（ 痛い はれている かゆい）
- 避妊相談
 子宮内避妊具 低用量ピル 緊急避妊法
- 子供がほしい
- 更年期診断（卵巢ホルモン値、骨密度測定、抑うつ性自己評価尺度、簡略更年期指数を含む）
- 卵巢年齢チェック ※一部保険適応外（およそ¥12000）
- プラセンタ（2024. 2月までは要相談）
- ビタミン注射（美白、にんにく注射など）
- 生理をずらしたい
- 頻尿・残尿感がある
- 乳腺エコー（第4金曜日午後）
- 婦人科検診を受けたい
 子宮頸がん検診（ クーポン使用 横浜市検診 その他）
 子宮体がん検診
 プライダルチェック STDチェック ヘルスチェックプラン
- 思春期相談（面談料は自費となります）

※裏面へ続きます→

2、月経について

- 初経年齢 _____ 歳
- 最近の月経 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- 月経 順調 (_____ 日型) 不順
- 閉経年齢 _____ 歳

3、結婚・妊娠・出産について

- ご結婚されていますか? はい (結婚年月 S・H・R _____ 年 _____ 月) いいえ
- 性交の経験はございますか? はい いいえ
- 妊娠の経験はございますか? はい いいえ

妊娠 _____ 回 出産 _____ 回 自然流産 _____ 回 人工中絶 _____ 回

	分娩・流産年月	年齢	分娩週数	分娩様式	性別	出生時体重	健
例	2020年 1 月	28 歳	39 週	経膈/帝切	男 女	3000 g	健
1	年 月	歳	週		男 女	g	
2	年 月	歳	週		男 女	g	
3	年 月	歳	週		男 女	g	

4、現在治療中の病気および服用中の薬がありますか? はい いいえ

傷病名、薬品名 _____

5、今まで手術を受けたり、何らかの治療を受けたことはありますか? はい いいえ

病名、手術名 _____

6、今まで薬や食べ物などでアレルギーはありますか? はい いいえ

アレルギー名 _____

7、その他、何かありましたらお書き下さい。

8、当院を何でお知りになりましたか?

新聞折り込み 知人の紹介 インターネット その他(_____)