



医療法人

よしながウイメンズクリニック

* 問 診 票 *

平成 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日 S・H 年 月 日 (歳)
	身長 cm・体重 kg・BMI
住 所 〒 -	
電話番号 - -	携帯番号 - -
緊急時の連絡先 お名前： 続柄： 電話番号：	
うのきクリニックを受診したことがありますか？ : <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (ID 番号)	

* 次のことについて教えてください (該当する項目を☑してください。右の項目で当てはまるものに○、または記入をお願いします。)

1. 本日はどのようなことで来られましたか

月経の異常 : 月経がない 月経不順 月経量が多い 月経痛がひどい 月経前の不調

月経をずらしたい : 【 】月【 】日~【 】月【 】日の間を避けたい

異常な出血 : 不正性器出血 性交時の出血 妊娠に伴う出血

痛み : 下腹部痛 排尿時痛 腰痛 性交痛

腹部の異常 : しこりがある おなかがはる

おりものの異常 : おりものが多い 色がついている 臭いがする

外陰部の異常 : 痒み 痛み できものがある

尿について : 排尿痛がある 尿がもれる 残尿感

性器脱 : 子宮や膀胱がさがる リング交換希望

妊娠の確認 : * 妊娠の場合【 出産希望 中絶希望 まだ決めていない 】

* 妊娠検査薬で調べましたか いいえ はい【 陽性 陰性 】

緊急避妊希望

更年期障害 : 顔がほてる 頭痛 めまい 不眠 肩こり イライラ

がん検診希望 : 子宮頸がん 子宮体がん 卵巣がん 検診で異常の通知が来た

不妊の相談 :
【 】

ブライダルチェック

がん治療後の定期健診 : 診断名【 】 治療時期【H 年 月】

* 治療施設【 】

* 治療方法: 手術 化学療法 放射線療法 その他【 】

* 前回の検診【H 年 月 / 検診施設】

セカンドオピニオン希望 : 【 】

その他 : 【 】

2. がん検診を受けたことがありますか

いいえ はい ⇒最後に受けた時期【H 年 月 / 異常なし あり()】

3. 月経について

初潮 :【 歳】から

月経周期 : 順調 ほぼ順調【 日間】 不順【短い時 日間/長い時 日間】

月経の量 : 少ない 普通 多い 血の塊がでる

月経痛の程度: ない 軽い 中等度 ひどい 寝込む程 鎮痛剤使用

最終月経 :【 月 日から 月 日まで】

閉経の年齢 :【 歳】

4. 結婚について

未婚 予定あり 既婚【 歳】 離婚【 歳】 再婚【 歳】

5. 診察の都合上おたずねします。性交渉の経験はありますか はい いいえ6. パートナーは健康ですか はい いいえ【病名: 】7. 妊娠されたことはありますか はい いいえ

*「はい」の方は、下の該当項目に記入してください。

妊娠回数【 回】 出産回数【 回】 流産【 回・うち人工流産 回】

年/月	妊娠週数	妊娠分娩経過	性別	産後の異常	健・否	出生体重
	週	経膈分娩 帝王切開 流産 中絶		有・無	健・否	g
	週	経膈分娩 帝王切開 流産 中絶		有・無	健・否	g
	週	経膈分娩 帝王切開 流産 中絶		有・無	健・否	g
	週	経膈分娩 帝王切開 流産 中絶		有・無	健・否	g
	週	経膈分娩 帝王切開 流産 中絶		有・無	健・否	g

8. 薬や食べ物のアレルギーはありますか

いいえ はい →【薬品名() / 食べ物 / その他()】

9. 今までに病気やけがで手術を受けたことがありますか

いいえ はい →【 年 月:病名 】

10. 家族・親戚で次の様な病気をされた方がいますか

心疾患 糖尿病 高血圧 肝疾患 がん【 】

喘息・アレルギー その他【 】

11. お酒を飲みますか

いいえ 時々 はい →【1日に(ビール/焼酎/日本酒/ウイスキー)を()ml】

12. 煙草は吸いますか

いいえ はい →【 】年前から吸っている。最近では平均して1日【 】本吸う

13. お仕事はしていますか

いいえ はい →【職業: 】