

問 診 表

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？（はい・いいえ）

マイナ保険証による情報取得に同意されていますか？（はい・いいえ）

はちウィメンズクリニック安城

フリガナ お名前	様	M. T. S. H. R	年	月	日生	歳
住所 〒	—				TEL: 携帯	
					自宅	
					職業	
身長	cm, 体重	Kg、	血液型: A B O AB			RH ()

1. 本日診察を受けられる理由について、症状・いつから始まったかをご記入下さい。

当てはまる項目に○をつけて下さい（複数回答OK）

生理不順・生理前、生理中の体調不良・更年期症状・かゆみ・おりもの異常・性病の疑い

その他 ()

いつから症状がありますか？

今日～昨日・数日前（約 日前）・1週間以上前・その他 ()

【子宮頸がん検診の方へ】

安城市在住の方→クーポンと問診票をご提出ください。（公費価格となります）

安城市以外にお住まいの方→自費 3300 円となります。

超音波検査も希望されますか？【はい・いいえ】（別途 2200 円必要）

2. 月経について

(1) はじめてあったのは？ () 才

(2) 最近順調にきていましたか？ (順調 ・ 不順 ・ 閉経 歳頃)

(3) 何日ぐらい続きますか？ (日ぐらい)

(4) 月経の量は？ (普通、多い、少ない)

(5) 生理痛は？ (ない、痛い、ひどい — 鎮痛剤をのむ、寝込むほどひどい)

(6) いちばん最近あったのはいつですか？（最終月経）

令和 () 年 () 月 () 日から、() 日間—

3.性交の経験の有無について○をおつけ下さい。

(無 ・ 有)

(1) 現在、妊娠の可能性はありますか？

(無 ・ 有)

→ 「有」の方のみご回答ください (出産 ・ 中絶 ・ 迷っている)
現在、結婚していますか？ (はい・いいえ)

4 今までに入院や手術をしたことがありますか？ (無・有) (内容)

5.現在治療中の病気と内服中のお薬はありますか？ (無・有)

「有」の方は薬の名前等を教えてください。()

6.現在、ほかの医療機関に通院をしていますか？ (無・有) (病院名)

7.この1年間で健診(特定健診および高齢者健診に限る)を受診しましたか？ (無・有)

8.アレルギーについてお聞きします。

薬、たべものでアレルギーの症状の出たことがありますか？ (無 ・ 有)

ありましたら詳しく書いてください。

9.タバコを吸われますか？ (はい ・ いいえ 、 1日 本くらい)

ありがとうございました。受付に用紙をご提出ください。