

婦人科問診票

ふりがな	大・昭・平			年	月	日生	才
氏名	職業		紹介				
	血液型	A B AB O	RH型 (+ -)				
	B型肝炎 (なし・あり)		C型肝炎 (なし・あり)				
ご住所 〒							
TEL							
初潮 (才)	閉経 (才)	結婚 (才)	体重 (kg)	身長 (cm)			

診察の目的に○を付けてください。

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. 妊娠かどうかの検査希望
分婭希望 中絶希望 | 10. 外陰部のかゆみ・痛み |
| 2. 生理不順 | 11. 不妊の相談 |
| 3. 不正出血 | 12. 避妊の相談 |
| 4. 生理の異常 (長引く・多い・少ない・痛い) | 13. 夫婦生活の相談 |
| 5. 腹痛・腰痛 | 14. ガン検診希望 (子宮ガン 乳ガン) |
| 6. 発熱 | 15. 性病(STD)の検査希望 (○を付けてください)
クラミジア・淋病・エイズ・B型肝炎
C型肝炎・トリコモナス・梅毒 |
| 7. 排尿の痛み・頻尿 | その他 () |
| 8. おりものが気になる | 16. 風邪・下痢など |
| 9. 更年期障害 (のぼせ・めまい・冷え・肩こり) | 17. その他 () |

必ず全部の項目をご記入下さい。

性交渉の経験 なし あり
最終月経 月 日から 日間

妊娠歴 (なければ0回と必ず回数をお書きください。)

妊娠回数 (計 回) 流産回数 (回) 中絶回数 (回)
お産回数 (回) 最終分婭年齢 才
お産の異常 なし あり
出血しやすい なし あり
注射のアレルギー なし あり (薬品名:)
過去の病気等をお書きください。()

八潮駅つばめクリニック