問診票

MAKI
WOMEN'S CLINIC

ふりがな　　年　月　日

■氏名

■生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日　■年齢　　歳

■現住所　〒

■電話番号　自宅　　携帯

①来院された理由、症状に〇を付け、記入して下さい

■月経異常……生理不順、月経がこない、月経量が多い・少ない、生理痛が強い、不正出血

■帯下(おりもの)異常……量が多い、色が気になる、臭いがする、かゆみがある

■さいたま市検診……子宮頚がん・体がん、女性のヘルスチェック、肝炎ウイルス

■婦人科疾患の検診……子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣のう腫、子宮脱、子宮がん検診（頚がん・体がん）
更年期に関する健康相談、不妊相談、避妊相談、緊急避妊、月経移動、ＰＭＳ

■妊娠しているかどうか…月経が遅れている、妊娠反応陽性・ 陰性 、〔 検査日　　/　　・ 検査薬：未 〕

■妊婦健診……〔現在妊娠　　週〕、〔予定日　　年　　月　　日〕、週数不明
分娩施設　☐さいたま赤十字病院　☐さいたま市立病院　☐自治医大さいたま医療センター

■予防接種……子宮頚がん予防ワクチン〔☐ガーダシル　☐シルガード〕　風疹

■その他〔　　〕

②今までに治療した、あるいは現在治療中の病気はありますか？

☐なし

☐あり：喘息、高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病、甲状腺疾患、精神疾患、てんかん
その他〔　　〕

③今までに手術をうけたことはありますか？

☐なし

☐あり〔　　〕

④普段飲んでいる薬はありますか？

☐なし

☐あり〔薬名：　　〕

⑤アレルギーはありますか？

☐なし

☐あり：薬〔　　〕
食べ物〔　　〕
その他〔　　〕

⑥現在、喫煙していますか？

☐いいえ

☐はい

⑦月経について教えてください

■初　　潮〔　　歳〕

■周　　期　☐順調〔　　日周期〕
☐不順〔およそ　　日周期〕

■最終生理（最近の生理開始日）〔　　月　　日～　　月　　日〕

■閉　　経〔　　歳〕

■生理の量　☐普通　☐少ない　☐多い

■生 理 痛　☐ない　☐ある　☐強い　☐痛み止め服用

⑧妊娠について教えて下さい

妊娠回数〔　　回〕（ない場合は”０”と記入ください）

分娩回数〔　　回うち帝王切開　　回〕

流産回数〔　　回〕

中絶回数〔　　回〕

⑨性交の経験はありますか？

☐なし

☐あり

⑩結婚していますか？

☐未

☐既〔　　歳の時〕

⑪どのようにクリニックをお知りになりましたか？

☐紹介〔家族・友人・その他　　〕

☐看板をみて

☐インターネットをみて

☐その他〔　　〕