

# 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○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

■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(頸がん・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

■さいたま市検診……………子宮頸がん・体がん、女性のヘルスチェック、肝炎ウイルス

■妊娠しているかどうか…月経が遅れている、妊娠反応陽性

■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

■予防接種……………子宮頸がん予防ワクチン〔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 ~ 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ください

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 [ ]