問　診　票

医療法人 さくら会
ひろおか
さくらレディースウィメンズクリニック
幅広い女性のライフスタイルに対応できる診療を目指します。

ﾌﾘｶﾞﾅ

お名前　　生年月日(S/H/R)　　年　　月　　日　　歳

最初に　①金属やゴムのｱﾚﾙｷﾞｰはああります か。　あり（金属・ｺﾞﾑ)・なし
②これまでに薬等でｱﾚﾙｷﾞｰ等の副作用を経験したことがありますか。
あり(　　)・なし

1 今日はどのような事で来院されましたか。(あてはまる項目すべてに〇をして下さい)

いつ頃から症状はありましたか　(　　)

1 おなかが痛い	7 癌検診	13 子供が欲しい
2 子宮筋腫といわれた	8 妊娠している	14 手術後検診
3 避妊の相談	9 卵巣が腫れていると言われた	15 妊婦検診
4 出血があった	10 腰痛がある	16 ピル希望
5 陰部が痒い、痛む	11 月経不順	
6 更年期症状	12 おりものが多い	

その他お困りのことがございましたらご記入ください。

2 月経について

1 閉経している方はその年齢　(　　)歳
2 初めての月経は(　　)歳
3 月経周期：月経が始まった日からその次の月経が始まる日までの日数です
順調・ほぼ順調(　　日間)
不順（短い時　　日間、長いとき　　日間）
4 月経持続期間：月経が始まってから終わるまでの日数です　(　　日間)
5 月経の量（多い・普通・少ない）
6 月経痛（強い・普通）
7 月経時痛み止めは使用しますか(する　　しない)
8 最近の月経は　　月　　日より　日間

3 現在産婦人科以外で治療中のご病気や服用中の薬はありますか。(ある・ない)

●『ある』の場合はご病気のお名前や薬をわかる範囲でお書き下さい。

4 今までに大きな病気をしたことや、手術をうけたことがありますか。(ある・ない)

●『ある』場合は、いつ頃どんな病気で、どこの病院で手術されましたか。

---

5 結婚、妊娠について

1 結婚していますか　　はい（当時　　歳）・いいえ　　ご主人の年齢〔　　〕歳

離婚(　　歳)　　再婚年齢(　　)歳

2 ｾｯｸｽの経験はありますか　　はい・いいえ

3 妊娠の経験はありますか　　はい　　いいえ

①　　歳（中絶・流産・分娩）　　ヶ月（男・女　　g　　）

②　　歳（中絶・流産・分娩）　　ヶ月（男・女　　g　　）

③　　歳（中絶・流産・分娩）　　ヶ月（男・女　　g　　）

3 回以上の妊娠経験がある場合は以下に記載をお願い致します

(　　)

6 他の産婦人科ｸﾘﾆｯｸや病院の産婦人科で診てもらったことがありますか。(ある・ない)

●ある場合は、その病院でどのような説明を受けましたか。病院名も記入して下さい。

---

7 ご家族で次のような病気にかかったことのある方がいらっしゃいますか。

それはどなたですか。

心臓病(　　)　　糖尿病(　　)　　高血圧(　　)　　癌(　　)

8 お酒を飲みますか。(はい・いいえ)

●『はい』の場合は一日の平均量＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

9 たばこは吸いますか。はい・いいえ・やめた(　年前)

●『はい』の場合☆(　　)年前から吸っている。

☆最近は、平均して１日(　　)本吸っている。

１０ あなたの身長(　　)ｃｍ　　体重(　　)Ｋｇ

お疲れ様でした