

# ウィート女性クリニック北千住 問診票

フリガナ  
氏名

昭和・平成・西暦 年 月 日 ( 才)

住所 〒

携帯電話番号 (お間違えのないようご記入下さい) : - -

職業: 身長: cm 体重: kg

◆本日の受診目的をご記入ください。

※症状のある方は、いつ頃から、どのような症状があり、現在はどのような状態か、詳しくご記入下さい

◆月経について

- はじめて月経が始まったのは ( )才
- 最近の月経はありますか? ( あり ・ なし → 月経が終わったのは? 才 )
- 普段の月経は順調ですか? ( 順調 ・ 不順 )
- 月経の周期は何日型ですか? ( )日 ~ ( )日に一度
- 月経時の出血量はどうですか?( 少量 ・ 普通 ・ 多量 ・ かたまりが出る )
- 最近の月経はいつからですか?( 月 日 ~ 日間 )
- 月経痛はありますか? ( なし ・ あり → 弱い ・ 中 ・ 強い )

◆不正出血(月経以外の出血)はありますか? ( なし ・ あり )

- いつからですか? ( 頃から )
- 最後に不正出血があったのは ( 日前 ・ 週間前 ・ ヶ月前 )

◆性交渉のご経験はありますか?(診察方法を考慮致します)( なし ・ あり )

- なしの方 : 婦人科での内診のご経験が ( なし ・ あり )

◆今までに妊娠されたことはありますか? ( なし ・ あり → 回 )

- 経膈分娩 ( )回 ・ 帝王切開 ( )回 ・ 流産 ( )回 ・ 中絶 ( )回

◆結婚はされていますか? ( 未婚 ・ 婚約中 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別 )

◆今までにかかった病気はありますか? ( なし ・ あり )

- ある方 : ( 病名 )

◆内服中の薬はありますか? ( なし ・ あり )

- ある方 : ( 薬品名 )

◆アレルギーはありますか? ( なし ・ あり → 名前: )

※当院では処置の際、オキナゾール膈錠、エストリール膈錠、フラジール膈錠、インジン等使用することがあります。

◆子宮がん検診について

これまで子宮頸がん検診を受けたことがありますか？( なし ・ あり )

→→→ ある方：最後の受診 年 月 (足立区・足立区以外)  
結果 異常なし あり( )

【本日子宮がん検診ご希望で受診された方へ】

◇超音波の検査を希望されますか？( する ・ しない )

◆そのほかご質問等がありましたら、ご自由にお書きください。

-----下記は初めて受診される方のみお答え下さい-----

◆当院を知ったきっかけは？

ホームページ ⇒ 検索キーワード( )  
ポスティング・家族知人の紹介・電柱広告・通りがかり  
以前院長の診察を受けたことがある⇒ 柳原病院 最終受診( 年 月頃)・受診指示( あり ・ なし )  
その他( )

◆当クリニックへのご要望等がありましたら、お書き下さい。

ウィート女性クリニック北千住

<https://womens-kitasenju.net>

お電話

03-3888-1001