

# ウィート女性クリニック北千住 問診票

カルテNO.

フリガナ  
氏名

昭和・平成・西暦 年 月 日 ( 才 )

◆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 )

※性交渉のご経験がない場合、一部検査ができない場合もございます。ご了承ください。

◆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

◆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 )

◆アレルギーはありますか ( アルコール ・ ゴム ( ラテックス ) ・ 金属 ( ステンレス ) ・ その他 )

※お薬にアレルギーのある方はお申し出ください

※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 ( )

◆超音波の検査を希望されますか？( する ・ しない ) 5500円

◆クラミジア・淋菌のPCRの検査をご希望されますか？( する ・ しない ) 7700円

◇内診室の準備が整い次第、内診室からご案内してもよろしいですか ( はい )

( いいえ ) → 症状のご相談はできかねますのでご了承ください。

----- アンケートにご協力ください -----

◆当院を知ったきっかけは何ですか

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( )

ウィート女性クリニック北千住

<https://womens-kitasenju.net>

お電話

03-3888-1001