

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)

住所 〒

電話番号： - - 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

- 月経が始まったのはおいくつですか ()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)
- ※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ので、ご了承ください。

◆今までにご妊娠経験はありますか (なし ・ あり → 回)

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

◆ご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 ・ 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 ()