

おおたレディースクリニック再診問診票

患者ID(診察券番号): _____

年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
氏名		年 月 日	才
フリガナ		電話番号	
住所	〒 -	自宅	
		携帯	

最終月経(開始日) 月 日

- ・子宮がん検診を受けたことがありますか(はい・いいえ)
「はい」とお答えになった方 → いつ頃検診を受けましたか(年 月頃)

本日はどのような症状でご来院されましたか。当てはまる項目に☑してください

妊娠に関すること

- 妊娠の可能性があるが、検査はしていない
 自分で妊娠反応検査を行い、陽性だった(月 日)
 自分で妊娠反応検査を行い、陰性だった(月 日)
 他院で妊娠の診断を受けた(月 日)

妊娠が判明した場合

- 出産希望 (出産予定施設 当院 他院 まだ考えていない)
 出産を希望しない
 出産するかどうかまだ決めていない

身長 _____ cm 体重 _____ kg (妊娠前の体重)

不妊に関する相談

子宮がん検診希望

月経(生理)の異常

- 不規則 生理痛が強い 量が(多い・少ない)
 生理が遅れている(妊娠の可能性 あり・なし)
 生理前後に心身の不調がある

不正出血がある

外陰部の気になる症状 (おりもの かゆみ できもの その他)

ブライダルチェック希望

ピル希望<アフターピル(緊急避妊薬)以外>

- 以前飲んでいた(ピルの名前 _____)
 現在飲んでいる(ピルの名前 _____)
 今まで飲んだことがない

アフターピル(緊急避妊薬)希望

生理をずらしたい 避けたい日は(月 日 ~ 月 日)

膀胱炎の症状がある(排尿痛、頻尿、残尿感)

下腹部痛がある

更年期症状についての相談

その他 [_____]

ご記入ありがとうございました。
当院では取り違い防止のためお名前でお呼びしております。ご了承ください。