

# 問 診 表

ふりがな		生年月日	年齢
氏 名		明・大・昭・平 年 月 日	歳
住 所	〒 - 電話番号 ( ) -		

1. 本日はどんな事で来院されましたか？ ○印をつけて下さい。

生理不順    生理痛    下腹痛    おりもの    腰痛    不正出血

外陰部の痒み    残尿感・排尿痛    性病（STD）検査

子宮筋腫    卵巣腫瘍    外陰腫瘤    子宮下垂感

子宮がん検診    頸部・体部    （妊娠回数    回    分娩回数    回）

更年期症状・更年期障害    ホルモン補充療法（HRT）希望

不妊症検査および治療（結婚\_\_\_\_\_年目）

妊娠検査（妊娠判定薬にて陽性だった\_\_\_月\_\_\_日）

※分娩希望            中絶希望            考え中

避妊相談（リング希望    ピル希望    アフターピル希望）

生理日の変更

その他（ \_\_\_\_\_ ）

最終月経（現在も含む）： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで \_\_\_\_\_ 日間  
閉経            歳

※ ご記入ありがとうございました。