

ちかえレディースクリニック 問診表

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ ー \_\_\_\_\_

電話番号（自宅） \_\_\_\_\_ （携帯） \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

このクリニックをどうしてお知りになりましたか？ \_\_\_\_\_

今までに子宮ガン検診を受けたことがありますか？ はい（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）・いいえ \_\_\_\_\_

住民票は？ \_\_\_\_\_ 大阪市・大阪市以外 \_\_\_\_\_

①どうなさいましたか？

- |                  |                 |                  |
|------------------|-----------------|------------------|
| 1. 生理がこない        | 8. 腰が痛い         | 13. ガンの検診（頸部・体部） |
| 2. 生理がおかしい       | 9. しこりがある（お腹・胸） | 14. 子供が欲しい       |
| 3. 生理と違う出血       | 10. 尿がおかしい      | 15. 性生活の相談       |
| 4. 月経痛           | 11. 熱がある        | 16. 避妊の相談        |
| 5. おりものが多い       | 12. めまい・のぼせ・動悸  | 17. 性病の相談        |
| 6. 陰部がかゆい・痛い     | いらいら・肩こり・むくみ    |                  |
| 7. お腹が痛い         | 吐き気・不眠・不安       |                  |
| 18. その他（ _____ ） |                 |                  |

②生理について

- 初めての生理はいつでしたか \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）才
- 生理の周期は？ \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）日型 \_\_\_\_\_ 順調・不順・閉経（ \_\_\_\_\_ ）才
- いちばん最近の生理はいつでしたか？ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 量は？ \_\_\_\_\_ 多い・普通・少ない
- 痛みは？ \_\_\_\_\_ 強い・普通

③あなたの結婚、妊娠、分娩について

- セックスの経験はありますか？ \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- 結婚はしていますか？ \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- 現在、妊娠はしていますか？ \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- 過去の妊娠について \_\_\_\_\_ 中絶（ \_\_\_\_\_ ）回 流産（ \_\_\_\_\_ ）回 お産（ \_\_\_\_\_ ）回

④いままでに、病気や手術をした事がありますか？

はい（何歳の時ですか？病名は？具体的に記入してください）・いいえ \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

今飲んでる薬があればご記入下さい \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

⑤アレルギー体質・アトピー体質ですか \_\_\_\_\_ はい・いいえ

⑥今までに薬や注射で副作用が出たことはありますか？ \_\_\_\_\_ はい・いいえ 薬の種類（ \_\_\_\_\_ ）

⑦ご主人・パートナーについて

年齢（ \_\_\_\_\_ ）才 職業（ \_\_\_\_\_ ）

病気になったことはありますか？ はい（ \_\_\_\_\_ ）・いいえ \_\_\_\_\_

⑧家族・親戚など血縁関係の中で病気の人はいますか？

いいえ・遺伝病（ \_\_\_\_\_ ）・高血圧・糖尿病・癌・血栓・脳梗塞・心筋梗塞・その他（ \_\_\_\_\_ ）

⑨身長（ \_\_\_\_\_ ）cm 体重（ \_\_\_\_\_ ）kg 血液型（ \_\_\_\_\_ ）型 RH（ \_\_\_\_\_ ）