

婦 人 科 問 診 票 (再診)

自宅用

受診日 _____ ID _____ 氏名 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
携帯電話
本人 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg
家族(続柄 _____) _____

○マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

次に、受診理由をお聞かせ下さい。

① いつから

☐ 今日 ☐ 昨日 ☐ 不明 ☐ () 前頃から

発症日の分かる方は日付を右へ記入して下さい。 () 月 () 日

② 症状と来院目的

☐ 不正出血 ☐ 下腹部痛 ☐ 陰部のかゆみ ☐ おりもの ☐ 生理不順

☐ 避妊の相談 ☐ 性病の相談 ☐ 妊娠希望 ☐ 妊娠 ☐ 更年期症状

☐ ピル処方 ☐ 定期診察・処方 ☐ 膣内リング交換 ☐ その他 ()

※ ピル処方・ホルモン療法中の方は、診察前に婦人科前の自動血圧計で血圧測定を行って下さい。

③ 生理について 最終月経 (/ ~)

④ 診察の際、内診させて頂くことがありますので、性交経験の有無を確認させていただきます。

性交経験 ☐ 有り ☐ 無し

⑤ ご妊娠されているまたはその可能性がありますか？ ☐ 無 ☐ 有

※順番が来ましたら受付番号にてお呼び致しますので待合室から離れる際には受付へお声がけ下さい。

