

問 診 票



ともこレディースクリニック下北沢
Tomoko Ladies Clinic Shimokitama

診察券 No.

(受診日 年 月 日)

住所:〒

携帯電話:

【ともこレディースクリニック表参道】の患者様ですか？ はい いいえ

(フリガナ)	生年月日 西暦	年	月	日
氏名	【 歳】	未婚・既婚	職業	
身長	cm	体重	kg	血液型 型 (Rh +・-)

1. 今日どのようなことで来院されましたか？ (複数回答可、チェック☑して、該当箇所に○をしてください)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診希望 (一般・世田谷区検診) | <input type="checkbox"/> 妊娠している・妊娠している可能性がある |
| <input type="checkbox"/> 検査で異常を指摘 (細胞診・組織診・コルポスコピー・HPV・子宮筋腫・卵巣のう腫・その他) | <input type="checkbox"/> (分娩を希望・検討中・分娩を希望しない) |
| <input type="checkbox"/> アニバーサリー検診 (子宮頸がん検診+血液検査) | <input type="checkbox"/> 4D超音波希望 (分娩予定日 月 日) |
| <input type="checkbox"/> 月経について (月経量が多い 少ない 来ない) | <input type="checkbox"/> 出生前診断 (クアトロ検査・羊水検査) |
| <input type="checkbox"/> 月経痛 | <input type="checkbox"/> ブライダルチェック () |
| <input type="checkbox"/> PMS (月経前緊張症候群) | <input type="checkbox"/> 更年期障害 () |
| <input type="checkbox"/> 不正出血 (月 日から) | <input type="checkbox"/> 漢方療法 () |
| <input type="checkbox"/> 下腹部痛 (月 日から) | <input type="checkbox"/> 不妊相談 () |
| <input type="checkbox"/> おりもの・かゆみ・陰部痛み・陰部できもの | <input type="checkbox"/> セックスカウンセリング () |
| <input type="checkbox"/> 避妊相談 (ピル・IUD・ミレーナ) | <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン () |
| <input type="checkbox"/> 緊急避妊 (モーニングアフターピル) | <input type="checkbox"/> ワクチン (子宮頸がん・インフルエンザ) |
| <input type="checkbox"/> 膀胱炎 (月 日から) | <input type="checkbox"/> 風疹 (抗体検査・ワクチン) (世田谷区在住・一般) |
| <input type="checkbox"/> 性病チェック | <input type="checkbox"/> 月経変更 (避けたい日 / ~ / まで) |
| | <input type="checkbox"/> その他 () |

2. 月経について

一番最近の月経 (月 日より 日間) 月経量 (多い・普通・少ない)
月経周期 日型 (規則的・不規則) 月経痛 (ひどい・普通・軽い)
初経 才・閉経 才

3. 妊娠について

性交経験 (有・無)
現在妊娠中の方は分娩予定日 年 月 日 (出産予定の病院)
分娩 回 (正常分娩 回・帝王切開 回・その他 回)・流産 回・中絶 回

4. 今までに大きな病気、手術、アレルギー等の既往症がありましたらご記入ください (有・無)

病名・手術 [] 薬物アレルギー (有・無) []
現在治療中の病気 [] 食物アレルギー (有・無) []
現在内服中の薬 [] その他アレルギー (有・無) []
喘息 (有・無) 甲状腺疾患 (有・無) 輸血の経験 (有・無)

5. 子宮頸がん検診

- 受けたことがある (西暦 年 月)
 受けたことがない

紹介状をお持ちの方は受付にお出してください