

田園調布オリブレディースクリニック問診(婦人科)

フリガナ	生年月日	結婚歴
名前	年 月 日()歳	既婚・未婚
住所 〒		身長 cm
TEL	携帯	体重 kg

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします
マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか(はい・いいえ)

- ・産婦人科の診察を受けたことがありますか(ない ・ ある)
- ・性交経験はありますか(ない ・ ある)
- ・現在、妊娠の可能性ありますか(ない ・ ある)
- ・子宮頸がん検診を受けたことはありますか(ない ・ ある→最終 年 月頃 :異常あり ・ なし)
- ・アレルギーはありますか(ない ・ ある→)
- ・B型肝炎、C型肝炎、梅毒など感染症にかかったことはありますか(ない ・ ある→)
- ・今まで(現在も)かかったことのある大きな病気はありますか(入院を要する病気や手術を記入してください)
(ない ・ ある→)
- ・現在、内服中の薬はありますか(ない ・ ある→)
- ・現在、他の医療機関に通院されていますか(ない ・ ある→)
- ・生理について

初潮	歳	閉経	歳
最終月経:	月 日	から	月 日(日間)
月経周期:	順調(日型)	不順(日から	日)
量:	少ない ・ 普通 ・ 多い		
- ・妊娠について

妊娠歴	回	、分娩歴	回 (経産 ・ 帝王切開)
現在、授乳中ですか(はい ・ いいえ)			

本日はどうされましたか？ * 相談したい内容に☑をお願いします

- 子宮がん検診 * 超音波での子宮・卵巣のチェックも希望されますか(有料) → する ・ しない
- 陰部 → かゆみ ・ 痛み ・ できもの
おりものが気になる(症状→) ・ 性病検査希望
- 生理痛がひどい * 鎮痛剤服用(あり→薬名) 効果 あり ・ まあまあ ・ なし)
- 月経前症候群(PMS)症状→
- 腹痛 →いつから()・部位()・程度(強い ・ 中等度 ・ 弱い)
- 月経異常 →どのような
- 妊娠希望(不妊相談) * 基礎体温表をお持ちの方は出してください
- ピル ・ 低用量ピル ・ 緊急避妊(アフターピル) ・ 避妊具
・月経調整→避ける期間(月 日から 月 日)
- 更年期障害 モノリザタッチ プラセンタ注射
- 子宮や膣の下垂感 ・ 尿もれ ・ 性交痛 ・ 灼熱感
- 他院からの紹介や人間ドックなどでの要精密検査 * 他院からの紹介状はありますか(はい ・ いいえ)
- その他