

この問診票は、診療を円滑に行うために使用させていただきます。
それ以外には使用しませんのでご了承下さい。

問診表

下記の質問に答えてスタッフにお渡しください。

フリガナ お名前	年齢		職業	
電話番号(御自宅)	携帯番号			
御住所 〒				

1. あなたの月経について

- ①初経は () 歳、(小・中・学校 年)
- ②一番最近の月経は 月 日から 日間
- ③月経は何日続きますか () 日間
- ④月経周期は 順調 () 日型・不順
- ⑤月経の時は痛みますか なし・軽度・中等度・高度
- ⑥月経の量は 少ない・普通・多い・かたまりが出る

2. あなたの結婚暦・妊娠・分娩について

- ①性交(セックス)の経験がありますか はい・いいえ
- ②結婚は している(初婚・再婚) していない(同棲中・婚約中・その他)
- ③何歳で結婚されましたか 西暦()年()月()日()歳の時
- ④避妊の期間がありますか ()年 ()ヶ月
- ⑤妊娠したことがありますか はい・いいえ
- ⑥妊娠したことがある方は次にお答えください
分娩 (自然分娩 回・帝王切開 回)
自然流産()回 人工妊娠中絶()回

3. あなたの

身長()cm、体重()kg、血液型()型 Rh(+・-)

4. タバコを 吸う()本/1日 ・ 吸わない

裏に続きます

