さとこ女性クリニック問診票

日付＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな お名前：	年齢	職業・学年
生年月日：　大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日	☎ 携帯　（　　） 自宅　（　　）	
現住所 〒	こちらから連絡させていただく場合がありますので、ご了承下さい。	

☆あてはまるものに○印をつけてください。

1、妊娠しているか　2、月経不順　3、月経痛　4、不正出血
5、おりもの　6、かゆみ　7、検診で指摘された（子宮筋腫・卵巣腫瘍・ポリープ）
8、子供ができない　9、子宮癌検診　10、更年期症状
11、ピルの処方　12、緊急避妊　13、月経移動　14、予防接種
15、その他（　　）

☆今までかかった病気や手術について

1、手術：　なし、　あり（　　歳時　　）（　　歳時　　）
2、病気：　なし、　あり（　　歳時　　）（　　歳時　　）
3、輸血：　なし、　あり（　　歳時　　）
4、局所麻酔による副作用　なし、　あり（　　歳時　　）

☆アレルギー、ぜんそく　なし、　あり（具体的に　　）

☆薬や注射の副作用　なし、　あり（具体的に　　）

☆現在服用中の薬について　なし、　あり（薬名　　）

☆たばこについて　吸う　（1日　　本）、　吸わない

☆お酒について　ほとんど毎日飲む、　ときどき飲む、　飲まない

☆血のつながった人で次の病気の人はいますか：糖尿病、高血圧症、癌、精神病、遺伝病　他
いない、いる（誰が何の病気　　）

☆月経歴について

初　経：＿＿＿＿歳（小・中学＿＿＿年）　閉経：＿＿＿＿歳頃
月経周期：　順調（　　）日周期、　不順
月経量：　多い、　普通、　少ない
月経痛はありますか：　はい（強、中、弱）、　いいえ
最近の月経はいつでしたか：20　　年　　月　　日～　　月　　日まで（　　）日間

☆結婚、妊娠について

未婚、　既婚（結婚された年齢＿＿＿歳）
性交(セックス)の経験はありますか：　はい、　いいえ
妊娠したことはありますか：　はい、　いいえ
妊娠したことがある方：分娩（　　）回、　自然流産（　　）回、　胞状奇胎（　　）回
人工妊娠中絶（　　）回、　子宮外妊娠（　　）回

分娩したことのある方は下にお書き下さい：

分娩した年月	妊娠中の異常	分娩法	赤ちゃんの体重	病院名
昭・平・令＿＿年＿＿月	なし・あり（　　）	自然・帝王切開	男・女（　　）g	（　　）
昭・平・令＿＿年＿＿月	なし・あり（　　）	自然・帝王切開	男・女（　　）g	（　　）
昭・平・令＿＿年＿＿月	なし・あり（　　）	自然・帝王切開	男・女（　　）g	（　　）

☆検診の受診歴　○乳　癌(20＿＿＿年＿＿月)・未受診　○子宮癌、頚部(20＿＿＿年＿＿月)・未受診
○健康診断(20＿＿＿年＿＿月)・未受診　○子宮癌、体部(20＿＿＿年＿＿月)・未受診

☆結婚されている方：御主人の年齢（　　）歳、職業（　　）、健康ですか（はい、いいえ）

ご協力ありがとうございました