婦人科問診票

受診日　　年　　月　　日

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	明・大 昭・平 令	年　月　日	年齢	体重
						歳	kg
住所	〒　　－					身長	
	自宅電話番号　（　　）　携帯　（　　）					cm	

1. 今回はどのようなことで来院されましたか。主要症状、あるいは定期検診などお書き下さい。

2. 上記症状はいつ頃からありますか。また、きっかけはありましたか。

3. 今までかかったことのある疾患、または現在治療中の疾患があればお書き下さい。

4. 薬のアレルギー体質があればお書き下さい。

5. その他、知らせておきたいことはありますか。

6. 過去１年間に月経はありましたか。　はい　・　いいえ

はいの方・・・・・・・・・・・・・・最終月経　　年　　月　　日　から　　日間

月経は順調ですか　はい　・　いいえ

いいえの方・・・・・・・・・・・・閉経年齢　　歳

7. 性行為の経験はありますか。　あり　・　なし

8. 妊娠歴　普通分娩　帝王切開　流産　死産　中絶　子宮外妊娠

他（　子供　　人　　）

9. 過去の婦人科疾患　あり　・　なし

10. 婦人科の手術を受けたことがありますか。　あり　・　なし

手術を受けたことがある方・・・・・・・・・・子宮全摘出　卵巣摘出　筋腫核出術

他（　　）

マイナ保険証による診療情報取得　□同意　□不同意

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致します。

医療法人豊仁会　川越三井病院