

成育女性科 外来問診票

西暦 年 月 日  
(ID: )

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

- 1、 どのような症状がありますか。主治医の先生から成育女性科の受診についてどのように説明されていますか。  
( )
- 2、 心配なこと、不安なこと、聞きたいことがあれば教えてください。  
( )
- 3、 今までにかかった病気について  
現在治療中の病気 ( あり: 才 病名 , なし )  
昔かかった病気 ( あり: 才 病名 , なし )  
手術を受けたことがありますか ( はい: 才、病名、 , いいえ )  
輸血: あり なし  
アレルギー ( あり: 薬、食べ物、ゴム、花粉、その他 , なし )
- 4、 生理はありますか? あり なし  
初潮 ( 才 )、 生理の周期 ( 日 ~ 日 ) ( 順調、不順 )、 量 ( 多、中、少 )  
生理の時、痛み止めは飲みますか ( はい: 薬の名前 , いいえ )
- 5、 妊娠したことはありますか? ( あり なし )
- 6、 嗜好品 タバコ ( あり 本/日、 才でやめた なし )
- 7、 病気のことなど相談できる人はいますか ( はい: 父、母、兄弟、友達、その他 , いいえ )
- 8、 学校 ( 現在または最終 ): 小学 中学 高校 大学 大学院、専門学校、その他 年生  
職業:
- 9、 診察の際に、医療者に配慮してほしいこと、注意が必要なことがあれば、教えてください ( 身体面、精神面、宗教上の制限など )  
( )