



医親会

海上ピル診療所
03-3212-7690

婦人科問診票

診療所使用欄

排尿案内済

氏名		生年月日	年 月 日	日中の連絡先	必要時診療所から連絡可能な電話番号をご記入ください。
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 薬剤名()				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 種類()				

※ 当診療所では避妊目的のピル処方を行っておりません。

該当する項目に☑印を付けてください。

- 健康診断の二次検査 (当診療所の健康診断 他院)
- 子宮癌検査 (前回のがん検診 年 正常 異常)
- 子宮筋腫 卵巣腫瘍 更年期
- 下腹部痛 不正性器出血 性器のかゆみ
- 低用量ピル 生理をずらしたい(自費診療) 妊娠(自費診療)
- その他 ()

月経・妊娠・出産などについて

- ・初潮 歳
- ・閉経(1年以上生理が無い) 歳
- ・最終月経 (月 日 ~ 月 日)
- ・月経周期 ()日型 整 不順
- ・月経量 多 並 少ない
- ・性交経験 なし あり
- ・ゴムアレルギー なし あり

妊娠歴 妊娠したことがない 妊娠したことがある(4回以上)

1	歳	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> その他
2	歳	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> その他
3	歳	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> その他
4	歳	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> その他

既往歴 (病気、手術 など)

- なし あり (歳 病名: 手術:)

現在服用中のお薬はありますか？(お薬の内容がかかれたものをお持ちであれば記入不要)

- なし あり ()

←----- (切り取り線 ≡) ----->

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って余白部分を切り取りのうえ、『問診票』をお持ちください。

余白

切り取り