

# 世田谷女性のクリニック 婦人科問診票

ご記入いただいた患者さんの個人情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

ふりがな		生年月日	昭和 年	・	平成 月	・	令和 日生 ( ) 歳
お名前		携帯番号	( )				
ご住所	〒						

## 1. 今回、受診される目的は何ですか？

- ピル希望                      更年期の治療を希望                      かゆみやおりものがある                      できものがある  
生理不順                      不正出血                      子宮頸がん検診を希望                      性病検査を希望  
生理をずらしたい                      その他 ( )

## 2. 現在使用しているお薬はありますか？

- ない                      ある  
ある場合 → ( )

## 3. 現在または過去に治療していた病気はありますか？

- ない                      ある  
ある場合 → ( )

## 4. 今までにアレルギーが出たことはありますか？

- アレルギーはない                      薬や点滴でのアレルギーがある  
ある場合 → ( )

## 5. 身長、体重を教えてください。

身長 ( ) cm                      体重 ( ) kg

## 6. 一番最近の生理がはじまった日をご記入ください。

月                      日 から

## 7. 性交経験はありますか？

- ない                      ある

## 8. 今までに妊娠したことはありますか？

ない                      ある → 経産 ( ) 回                      帝王切開 ( ) 回

## 9. タバコは吸いますか？

吸わない                      吸う → 1日に何本吸っているか教えてください。 ( ) 本 ・ 箱