


さくら女性クリニック 問診票

本日の受診理由、ご相談内容などは医師が伺いますが、その前に簡単な質問をさせていただきます。
わかる範囲、書ける範囲で構いませんのでご協力ください。(当てはまるものに○をつけるか、適当な語句を書いてください。)

記入日 令和 年 月 日

どうなさいましたか？	●子宮頸がん検診 ●妊娠診断 ●月経移動 ●緊急避妊 ●低用量ピル ●不正出血(月経以外の出血、性交時の出血など) ●おりもの ●月経痛 ●無月経 ●更年期障害 ●不妊相談 ●かゆみ ●その他()
受診で医師に何か ご希望がございましたら、 ご遠慮なくお書きください。	

お名前		年齢	歳
ご住所	〒 -		
ご職業 具体的にお願いします。			

1. 現在、結婚していますか？	している ・ していない ・ 過去に結婚していた
2. 妊娠、出産したことがありますか？	ある ・ ない ----- あると答えた方 出産(回) ・ 流産(回) ・ 中絶(回)
3. 一番最近の生理はいつから始まりましたか？	月 日から 日間 ----- 生理がない方へ 生理は何歳までありましたか？ ()歳まで
4. 今まで病気をしたことがありますか？	ある ・ ない ----- あると答えた方 病名()
5. 現在、飲んでいる薬はありますか？	ある ・ ない ----- あると答えた方 薬名()
6. アレルギーはありますか？	ある ・ ない ----- あると答えた方 喘息 ・ 花粉症 ・ 鼻炎 ・ 食物 ・ 薬 ・ アトピー性皮膚炎 その他() 採血、注射などで気分が悪くなったことが (ある ・ ない)
7. 今までに手術を受けたことがありますか？	ある ・ ない ----- あると答えた方 受けた手術名または病名() <small>※わかる場合のみ書いてください。</small>
8. 今までに子宮頸がん検診を受けたことがありますか？	ある ・ ない ----- あると答えた方 何年前ですか？ ()年前
9. このクリニックをどのようにして 知りましたか？	知り合いから ・ 電話帳 ・ フリーペーパー ・ 新聞広告 ・ インターネット ・ 看板 その他()
10. ご紹介者がいらっしゃる方は、差し支え なければお名前をお願いいたします。	様 セックスの経験のない方は、婦人科的診察はできません。 また、子宮頸がん検診の必要もありません。 セックスの経験のない方は、 チェックを入れてください。  <input type="checkbox"/>

当クリニックでは個人情報の管理には万全を期しております。

ご協力いただきありがとうございます。

当クリニックは個人情報取得・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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いします。