

初診問診票

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 〒 _____

お電話番号（自宅）_____ - _____ - _____（こちらから自宅へ連絡することはありません）
（携帯）_____ - _____ - _____（必ずご記入下さい）

Email _____ @ _____（検査結果の連絡先）

***来院された理由をお聞かせください。（当てはまるものがあれば○をつけて下さい）**

生理（不規則・生理痛・量が多い・来ない）	不正出血	おりもの	外陰部のかゆみ
性感染症	不妊	風邪	膀胱炎
貧血	ストレス	うつ	不眠
			アレルギー

その他（具体的な症状があればお書き下さい）

（ _____ ）

***ご希望の検査・治療がありましたら、○をつけて下さい**

妊娠検査（市販の妊娠検査では検査しましたか？ した・しない → 陽性・陰性）			
子宮癌検診	ブライダル検診	性感染症検診	サプリメント
避妊：（低用量ピル・避妊リング）		緊急避妊	生理日を移動
プラセンタ療法	ピアス	ホルモン療法	レーザー脱毛
ビタミンカクテル（ニンニク）注射		予防接種（子宮頸癌・インフルエンザ・風疹・B型肝炎）	

***生理、妊娠、結婚についてお聞かせください。**

・最近の生理はいつでしたか？ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 ・ 現在生理中・ 閉経

・妊娠したことはありますか？ ない ある _____ 回（そのうち分娩 _____ 回）

・結婚していますか？ はい 婚約中（ _____ 月頃結婚） いいえ

***今までかかった病気についてお聞かせください。**

高血圧 糖尿病 喘息 アレルギー（ _____ ）

***入院、手術、長期間の通院が必要だった病気があればお聞かせください。**

（ _____ ）

***内服中の薬があればお聞かせください。**

（ _____ ）

***こちらのクリニックをどのようにしてお知りになりましたか？○をつけて下さい。**

ホームページ iタウンページ 東北日和 femalelife.jp go-fujinka その他のサイト

広瀬通駅看板 勾当台公園駅看板 瀬戸勝P 当ビル

電話帳 せんだいくらしのガイド シティリビング 子宮癌検診の案内

友人、知人（ _____ さま）の紹介