外 来 問 診 票

しもむら産婦人科

フリガナ		大・昭・平　　年　　月　　日生	
氏名		（　　歳）	
住所	〒（　　ー　　）	職業	
自宅TEL		携帯	

当院を何で知られましたか？

ご紹介者　有・無　お名前（　　）

インターネット　携帯（WEBサイト）　電話帳　広告・看板　その他（　　）

※診察の目的（○を付けて下さい。）

①妊娠かどうか

家で妊娠反応を（した・してない）

月　　日に（＋・－）

→出産を希望する（当院で・他院で）

→出産を希望しない

②生理不順・生理痛

③出血

④生理の異常

（長引く・多い・少ない・痛む）

⑤下腹痛・腰痛

⑥発熱

⑦排尿痛の痛み、頻尿、残尿感

⑧おりもの

⑨外陰部のかゆみ・いたみ

⑩更年期障害

（のぼせ・めまい・冷え・肩こり・動悸）

⑪不妊の相談

⑫緊急避妊希望・避妊の相談

⑬性生活の相談

⑭子宮癌の検査

⑮子宮筋腫・内膜症・卵巣腫瘍の検査

⑯性病の検査

⑰特定検診・ブライダルチェック

⑱生理日の変更→生理を止めたい期間

（　／　～　／　）

⑲その他（ご質問があればご記入下さい。）

※下記も正確にご記入下さい

初潮（　　歳）　閉経（　　歳）　体重（　　kg）　身長（　　cm）

結婚（している・していない）　性交(セックス)の経験（あり・なし）

最終月経

（　　月　　日から　　日間）

月経周期

（　　日型）

妊娠歴

（妊娠　　回　そのうち分娩　　回）

出産時の異常（あり・なし）

中絶回数（　　回）

流産回数（　　回）

血液型（A・B・AB・O）

Rh（＋・－）

B型肝炎　（あり・なし）

喘息　（あり・なし）

じんましん　（あり・なし）

薬物アレルギー等　（あり・なし）

喫煙　（あり　1日（　　）本・なし）

過去の病気・手術・現在治療中の病気（できれば薬名）