

四季レディースクリニック 再診問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前		当院カルテ番号
ご住所 (変更ある方のみ)	〒 _____	電話番号(変更ある方のみ) 携帯 : _____ 自宅 : _____
ご職業 (変更ある方のみ):		勤務形態 <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート・アルバイト

1) 最終の当院受診

_____ 年 _____ 月 頃 診断・症状 :

本日の受診目的

- ① 特に症状はなく、年一回の検診希望
- ② 前回と同じだが、指示された時期に受診できなかった。⇒症状は(改善・不変・悪化)
- ③ 前回と同じ症状に加えて新たな症状がある。 → 2)へすすむ
- ④ 前回と異なる症状が気になる。 → 2)へすすむ

2) ③、④とお答えの方のみ、本日受診された目的・理由をお聞かせください。(当てはまるものはいくつでも○)

- ・ 検診希望 ・ ワクチン接種希望 (子宮頸がん HPV ・ 風疹 ・ インフルエンザ ・ その他)
- ・ 子宮・卵巣の病気について相談したい (子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣腫瘍、子宮頸・体がん その他)
- ・ 更年期障害ではないか? ・ 不妊/なかなか妊娠しない ・ 性感染症が心配 ・ 月経をずらしたい
- ・ 避妊法を相談したい(緊急避妊・ピル・避妊リング) ・ ピル処方を希望する・興味がある ・ アロマセラピー
- ・ 妊娠の診断希望 (妊娠判定薬陽性・陰性・使用していない) (妊娠の場合; 出産する・中絶希望・迷っている)
- ・ その他、気になる症状がある

月経のトラブル (月経痛、月経量が多い、月経前の体調不良、無月経、月経不順、不正出血、その他)

外陰部のトラブル(おりもの・におい・かゆみ・できもの・形がおかしい・その他) 性交痛 排便痛

頭痛 腹痛 腰痛 頻尿・排尿痛 肩こり めまい 耳鳴り 吐き気 便秘 下痢 肌荒れ・皮膚のかゆみ

むくみ 関節痛 口・目の渇き 風邪症状 全体的な体調不良

いつ頃からどのような症状がありますか?できるだけ詳しくお書きください。

○ 前回受診のあと、変化があれば口にチェックの上、ご記入ください。

□結婚 : 結婚: _____ 年 _____ 月、離婚(死別・離別): _____ 年 _____ 月

□性交を経験した : あり(現在のパートナー : 有・無)

□妊娠 : 出産 (_____ 年 _____ 月 正常産・帝王切開)

流産 (_____ 年 _____ 月)、人工妊娠中絶 (_____ 年 _____ 月)

□手術 : _____ 年 _____ 月 病名: _____ 手術名: _____

□入院 : _____ 年 _____ 月 病名: _____ 入院期間: _____

○ 月経について 最終月経 : _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 □ 閉経した(_____ 才で)

月経周期 : □ 順調(____日型) □ 不順(早い時____日~遅れるとき____日)

○ 最終の婦人科検診(子宮がん検診) 当院で受けたものが最終 ・ 他院で(_____ 年 _____ 月頃)

ご記入お疲れさまでした。ご協力ありがとうございました。