

受診日：20__年__月__日 お名前：_____（ 才 ）

1. 最後の生理はいつからですか？ ____月__日から__日間（ 妊娠中・授乳中・閉経__才 ）

2. 妊娠の可能性はありますか？ ない（性行為がない） ・ 分からない ・ ある（性行為がある）

□妊娠検査薬はしましたか？ していない ・ した（ ____月 ____日 ） ⇒ 結果は（ 陽性 ・ 陰性 ）
*結果が陽性の方は受付で産科問診票をお受け取りください。

3. 本日は、どのようなことでおいでになりましたか？

↓この下の□から該当する箇所を☑チェックし、右側に詳細をご記入ください。複数回答可です。

<input type="checkbox"/> 目黒区の検診	※区検診以外に婦人科の診察のご希望は <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ 以下の記入もお願いします (別途診察料がかかります)
<input type="checkbox"/> 生理の悩み (具体的に)	
<input type="checkbox"/> 不正出血	<input type="checkbox"/> 生理前にある <input type="checkbox"/> 生理が終わってから数日後に <input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> おりものや 陰部の異常	<input type="checkbox"/> 量が多い <input type="checkbox"/> 匂いがある <input type="checkbox"/> 色の変化：____色 <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> お腹や腰が痛い	<input type="checkbox"/> 生理の時 <input type="checkbox"/> 生理の前 <input type="checkbox"/> 生理に関係なく <input type="checkbox"/> 性交時 <input type="checkbox"/> 排便時 <input type="checkbox"/> 排尿時 <input type="checkbox"/> 波がある（ _____ ） <input type="checkbox"/> 波が無い
<input type="checkbox"/> 不妊相談	避妊をしていない期間をお聞かせください ____年 ____ヶ月間
<input type="checkbox"/> 更年期相談	(詳しい内容に関しては、受付で説明用紙をお受け取りください。)
<input type="checkbox"/> 婦人科検診	<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> 性病検査（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> ワクチン希望	<input type="checkbox"/> HPV（子宮頸がんワクチン） <input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹ワクチン
<input type="checkbox"/> 月経移動	避けたいのは： ____月__日 ~ ____月__日
<input type="checkbox"/> 避妊相談	<input type="checkbox"/> 緊急避妊（性交日： ____月__日の ____時頃） <input type="checkbox"/> ピル希望 <input type="checkbox"/> 子宮内避妊具希望
<input type="checkbox"/> 他院や検診で 異常を指摘された	内容： 医療機関名：
<input type="checkbox"/> その他	

