

診療申込書

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
住所	〒 —	
電話番号	自宅：	— —
	携帯：	— —

問診票

- 初経（ — 歳 ） ・ 閉経（ — 歳 ）
- 最終月経 ： — 年 — 月 — 日 （ — 日間 ）
 その前の月経 ： — 年 — 月 — 日 （ — 日間 ）
- 月経周期 ： 順調（ — 日周期 ） ・ 不順
- セックスの経験 ： ない ・ ある
- 妊娠回数（ — 回 ）
 そのうち 出産（ — 回 ） 流産（ — 回 ） 中絶（ — 回 ）
- 婦人科の病気にかかったり、手術をされたことはありますか
 ない ・ ある （ ）
- 不正出血やおりものなど気になる症状はありますか ： ある ・ ない

「ある」の方は具体的に記入をしてください