

問診票(女性)

受診日 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日(歳)

郵便番号・住所 _____

電話番号 _____ 職業 _____

日中連絡の取りやすい携帯電話番号など _____

1. 症状について当てはまるものに○をつけてください。

	症状	いつ頃から
おりものの色	透明・白・黄・緑	
月経以外の出血	あり・なし・わからない	
おりものにおい	気になる・気にならない	
おりものの量	いつもある・時々ある・なし	
外陰部のかゆみ	いつもある・時々ある・なし	
外陰部の痛み・腫れ	いつもある・時々ある・なし	
膣の痛み	いつもある・時々ある・なし	
外陰部のいぼ	あり・なし・わからない	
お腹の痛み	いつも・時々・性交時・なし	
その他		

2. 今まで当院、または他院で性感染症の検査・治療を受けたことがありますか？

なし・あり →ありの方は詳しく教えてください。

- ・ それはいつ頃のことですか？ 年 月頃
- ・ どんな検査をしましたか？
- ・ どんな治療をしましたか？

3. あなたのセックスパートナーに何か症状が出ていたり、診断されたりしていることがありますか？

なし・あり →ありの方は詳しく教えてください。

4. 希望される検査があれば○をつけてください。

クラミジア(膣・のど) 淋菌(膣・のど) 尖圭コンジローマ

HPV(ヒト・パピローマウイルス) 子宮がん検診 トリコモナス ヘルペス

カンジタ HIV B型肝炎 C型肝炎 梅毒

※阿蘇医院を何で知りましたか？

インターネット・看板・広告・その他(_____)

ご記入いただきました個人情報、診療行為以外の目的には使用いたしませんのでご安心ください。ご協力ありがとうございました。

阿蘇医院