

# 問 診 票 (女性用：16歳以上)

お名前	フリガナ ( )	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	配偶者	有 ・ 無
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	職業		年齢	歳
自宅電話番号			携帯電話番号		

## ① 具合の悪いところについて

● 症状のはじまりはいつからですか？

今日     昨日     数日前     1～2週間前     その他 ( )

● 自覚症状はありますか？     ない     ある (ある方は下記も記入)

かゆい     痛い     痛がゆい     さわると痛い     押すと痛い

違和感がある     その他 ( )

⇒ かゆみのある方     我慢できる     かいてしまう     眠れないほど かゆい

⇒ 痛みのある方     我慢できる     痛み止めがほしい     眠れないほど 痛い

## ② 体質や体調について

● アレルギーはありますか？     ない     ある (ある方は下記も記入)

薬     注射     食べ物     花粉・植物     金属

ぜん息     鼻炎     結膜炎     その他 ( )

● 過去、半年以内に性感染症になるような機会がありましたか？

あった     ない     わからない     その他 ( )

## ③ 妊娠や更年期について

● 現在、妊娠の可能性はありますか？

ある (妊娠 週)     ない     わからない

● 現在、授乳中ですか？     はい     いいえ     そろそろ断乳を検討中

⇒ 妊娠または授乳中とお答えの方、飲み薬について

飲みたくない     必要があれば飲む

症状がつらいので、飲める薬があれば飲みたい

● 更年期の症状はありますか？

ない     ある     わからない

## ④ その他

● 現在かかっている病気や、使用している薬はありますか？

病名 ( )

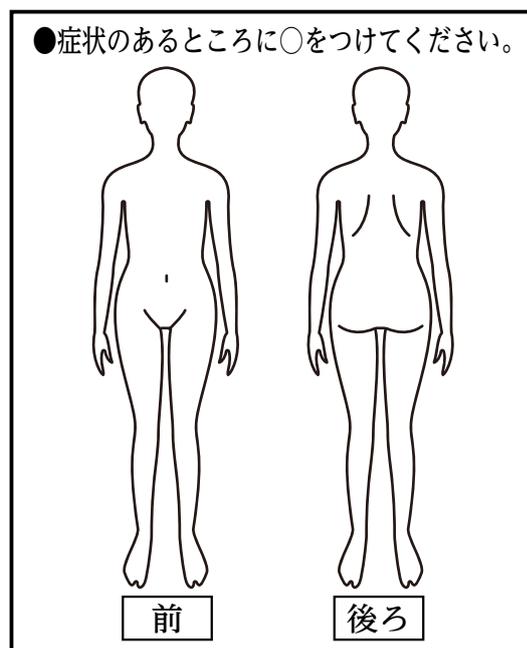
薬名 ( )

● これまでに、入院するような大きな病気にかかったことがありますか？

ある     ない

● その他、心配な症状や相談したいことはありますか？

( )



ご回答ありがとうございました。  
診察までしばらくお待ちください。