年　　月　　日

思春期外来　問診用紙

お名前：

年齢　：　　歳　　学校名：　　小・中・高・大学　　年生

身長　　cm、体重　　kg

本日の相談内容（いくつでも可）

□月経の異常（月経痛・月経が一度もない・月経が来なくなった・月経不順・月経の不快な症状・月経の前になると調子が悪くなる・月経量の異常・そのほか）
□月経時以外の出血
□おなかが痛い
□おりものが気になる
□外陰部のかゆみ
□性感染症が心配
□避妊の相談
□摂食の異常（食べ方がおかしい）
□そのほか（　　）

＊初めての月経はいつですか　　歳（　　年　　月）
＊一番最近の月経はいつですか　　月　　日から　　日間
＊月経は規則的に来ますか　はい（月経周期　　日型）　いいえ
＊性交渉（セックス）の経験はありますか　はい　　いいえ

＊アレルギーはありますか　いいえ　はい（　　）

＊今までにかかった病気、受けた手術はありますか
いいえ　はい（　　）

＊診察時に医師に知っておいてほしいことがあれば、ご記入ください
（　　）

＊こちらの思春期外来を受診したきっかけは何ですか（いくつでも〇をつけてください）
インターネットで調べて、市報で見て、ほかの医師からの紹介（　　先生）、学校の先生から聞いて、友達や知人から聞いて、偶然に、そのほか（　　）