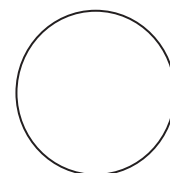


# 問 診 票



あなたの今の状態について詳しく教えてください

氏名

※ID

## 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（帯下）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	いつもと同じ ・ いつもより多い
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. 今まで子宮ガン検診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。

・それはいつのことですか？ 年 月頃 異常あり ・ なし

・HPVワクチンの接種をされていますか？ はい ・ いいえ

## 4. 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。

## 5. 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） 子宮ガン検診 トリコモナス ヘルペス  
カンジダ HIV B型肝炎 C型肝炎 梅毒

スタッフ記入欄 CSW（ - + ? ）（ いつも 時々 なし ）

自己採取 YES ・ NO