

# 問 診 票

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ID : \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

( \_\_\_\_\_ 歳) 既婚 ・ 未婚

〒 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

- 本日はどうされましたか？
- ・妊娠しないので相談希望
  - ・がん検診希望 ⇒ 子宮がん ・ 乳がん
  - ・おりものが気になる ⇒ 匂い ( あり ・ なし ) ⇒ かゆみ ( あり ・ なし )
  - ・生理に関する相談 ( 具体的に \_\_\_\_\_ ) ・不正性器出血がある
  - ・妊娠の確認 ⇒ 検査薬使用 ( あり ・ なし ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に陽性反応
  - ・更年期症状の相談 ・妊婦検診希望 ・生理日をずらしたい ・ピル処方の希望
  - ・そのほか婦人科で相談したいことがある ・緊急避妊用ピル希望 (アフターピル)

具体的に \_\_\_\_\_

- 初経は何歳でしたか？ \_\_\_\_\_ 歳
- 生理周期 \_\_\_\_\_ 日くらい ( 順 ・ 不順 )
- 最後に生理が始まった日はいつですか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 閉経したのは何歳ですか？ \_\_\_\_\_ 歳
- 性交経験はありますか？ ( あり ・ なし )
- 妊娠したことがありますか？
- ・妊娠 \_\_\_\_\_ 回 ・分娩 \_\_\_\_\_ 回 ・流産 \_\_\_\_\_ 回 ・人工妊娠中絶 \_\_\_\_\_ 回

□分娩された方は詳しく記入してください

第一子 (男・女) 分娩週数: \_\_\_\_\_ 週 (自然分娩・帝王切開) 体重: \_\_\_\_\_ g 異常の有無 一有・無

第二子 (男・女) 分娩週数: \_\_\_\_\_ 週 (自然分娩・帝王切開) 体重: \_\_\_\_\_ g 異常の有無 一有・無

第三子 (男・女) 分娩週数: \_\_\_\_\_ 週 (自然分娩・帝王切開) 体重: \_\_\_\_\_ g 異常の有無 一有・無

□現在、他に受診している病院がありますか？ ( あり ・ なし )

病名 \_\_\_\_\_ 服用中のお薬名 \_\_\_\_\_

□これまでに大きな病気・手術などがあれば記入してください

具体的に \_\_\_\_\_

□アレルギーはありますか？ ( あり ・ なし )

・薬 ・食物 ・花粉 ・その他 \_\_\_\_\_

□ご家族の病歴を教えてください

(記入例: 母→子宮がん 祖父→糖尿病) \_\_\_\_\_

□本日は何をみて来院されましたか？

- ・インターネットのホームページ ・通りすがり、看板 ・他院からの紹介 ・知人の紹介 ・折込チラシ
- ・その他: \_\_\_\_\_

ご記入ありがとうございました。