

問 診 表

平成 年 月 日

1. フリガナ

お名前: _____ 生年月日: 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳
職業: _____ 身長: _____ cm、体重: _____ kg、
現住所: (〒 -) _____ TEL: () _____

※住所と日中連絡可能な番号を必ずご記入して下さい。

2. 本日来院された主訴 (症状、理由) 該当する項目を○で囲んでください。

妊娠診断 妊娠中絶希望 避妊相談 不正出血 子宮癌が心配 (自費) 子宮癌検診 (区補助) 帯下 (おりもの) 外陰部の痒み
外陰部の腫れ・異物感 下腹部の痛み 下腹部の違和感 月経の異常 (痛み 量) 子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣腫瘍 不妊
セカンドオピニオン 羊水検査 更年期障害 体調不良 プライダグルチェック 性行為感染症 (STD) 検査希望 膀胱炎
その他 () 他院からの紹介状 (あり・なし)

3. 初経: (始めて月経があった年齢): _____ 歳 閉経: _____ 歳
最終月経 (最後の月経が始まった日): _____ 月 _____ 日から _____ 日間 月経周期: _____ 日毎に、 _____ 日間持続 (周期は 安定・不安定)
月経痛: (あり・なし) 鎮痛剤内服 (あり・なし) 月経の量: (多い・ふつう・少ない・わからない)

4. 結婚: _____ 歳、 未婚

5. 性交渉: (あり・なし) 診察上重要です。なしの場合必ずご記入ください。

6. 妊娠の可能性: あり・なし
妊娠反応検査: 陽性・陰性・不明確

他院で妊娠を判定済みの方: 予定日 _____ 月 _____ 日、週数 _____ 週 _____ 日 (ヶ月)、不明
妊娠と診断された場合出産を: (希望・希望しない・まだわからない)

7. 妊娠回数: _____ 回、 出産回数 _____ 回 (自然分娩 _____ 回、帝王切開 _____ 回)、 自然流産回数 _____ 回、 中絶 _____ 回

8. 既往歴 (今までにかかったことのある病気、大きな怪我):
風疹 (歳)、 心臓疾患 (歳)、 肝炎 (歳)、 高血圧 (歳)、 糖尿病 (歳)、 貧血 (歳) 性行為感染症 (歳)、
子宮筋腫 (歳)、 子宮内膜症 (歳)、 卵巣腫瘍 (歳)、 喘息 (歳)、花粉症 (歳)、薬剤アレルギー (歳)、
その他アレルギー (歳) 甲状腺疾患 (歳)、 その他 (歳、)

9. 今までに手術を受けたことがありますか: あり (病名 _____) ・ なし

10. 現在、治療中の病名・内服中の薬 (_____)

11. ご両親、ご兄弟、お子様、ご主人に関して病歴、治療中の病名などお分かりになる範囲でお書きください。
(_____)

12. 喫煙 (なし・あり _____ 本/日)、 飲酒 (なし・時々・毎日)

13. 今までに注射や内服薬、検査などでアレルギー反応が出たことがありますか: (あり・なし)
「あり」とお答えになった方: 薬剤名 (_____)、症状 (_____)

14. 当クリニックをどこでお知りになりましたか?:
PCから→ □web 広告 (google・yahoo・その他) □キーワードでネット検索 (google・yahoo・その他)
携帯から→ □web 広告 □トップページ (iMENU ,au one,yahoo!ケータイ等) からキーワードで検索
その他→ □ビルの看板 □お知り合いの方からの紹介 (_____ 様) □他医療機関からの紹介 (_____ 様) □そ
の他 (_____)

ご記入ありがとうございました。 山手大塚レディースクリニック