

問 診 表 / 診 療 申 込 書

フリガナ _____

氏 名 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日 年齢 歳

住 所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

メールアドレス @ _____

以下の事項は、あなたの診療を速やかに進める上で大切な情報です。
ご記入いただける部分だけで結構ですので、できるだけご記入下さい。
 には当てはまるものに を付けてください。
なお、個人情報の守秘は厳守いたします。

1 あなたについてお聞きします

身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

ご職業 (主婦 会社員 学生 その他 (_____))

2 本日来院された理由は以下のどれですか？

妊娠かどうか知りたい (市販の妊娠診断薬を おこなった (→ 陽性 陰性) おこなっていない)

現在妊娠中 (妊婦健診希望 その他)

人工妊娠中絶希望

月経(生理)の異常 (月経が止まった 出血が多い 出血が少ない 間隔が長い 間隔が短い)

月経痛が強い 月経と違う出血がある 月経前の不快な症状

下腹部痛がある 腰痛がある おりものが気になる かゆみがある

おしっこの異常 (尿がちかい 尿が残った感じがする 尿をするとき痛い 尿が漏れる)

更年期障害(のぼせ感、ほてりなど)について

避妊について 避妊に失敗した ピルについて

子供が欲しいが出来ない 男女生み分け希望

性病が心配、性病検査希望 婦人科がん検診を受けたい 月経を移動させたい

乳がん検診を受けたい 定期検診(子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣嚢腫 他)

他院からの紹介 セカンドオピニオン(他院で受けている診療に対する相談)

その他 (_____)

3 月経についてお書き下さい

・月経が始まった年齢(初経) (_____) 歳頃 ・月経があがった年齢(閉経) (_____) 歳頃

・最後にあった月経は (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日から (_____) 日間 (いつもと 同じ ちがう)

・ふだんの月経は順調ですか？ 順調 (28日周期 30日周期 (_____) 日周期) 不順

・月経の量 多い 普通 少ない

・生理痛がありますか？ ない ある (腹痛 腰痛 その他 (_____))

申し訳ございませんが裏面もご記入下さい

4 結婚・妊娠・分娩についてお書き下さい

未婚 結婚 (昭・平 _____ 年 _____ 月)

・性交渉の経験はありますか？ (ない※ ある) ※ 診察の方法を考慮させていただきます

・ご主人は (_____) 歳 (健康 否) (同居 別居)

・妊娠 (なし あり)

・分娩 (なし あり) 子供 (_____) 人

年	種 類	出生体重・性別
昭・平 年	<input type="checkbox"/> 正常産 <input type="checkbox"/> 異常産 (_____) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	_____ g (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
昭・平 年	<input type="checkbox"/> 正常産 <input type="checkbox"/> 異常産 (_____) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	_____ g (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
昭・平 年	<input type="checkbox"/> 正常産 <input type="checkbox"/> 異常産 (_____) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	_____ g (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)

5 今までにかかった病気・手術についてお書き下さい

・今までにかかったことのある病気は

喘息 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 糖尿病 結核 その他 (_____)

・今治療をしている病気がありますか？ (ない ある)

治療の内容がわかればお書き下さい (_____)

・手術を受けたことがありますか？ (ない ある)

「ある」と答えた方は下記にご記入下さい

_____ 年 病名 (_____)

・輸血をしたことがありますか？ (ない ある)

・婦人科で診察・治療を受けた事はありますか？

(ない ある (才) 病名 (_____)

6 あなたのご家族の病気のことをお書き下さい

あなたと血のつながりがある方で次の病気がありますか？

がん 高血圧 心臓病 脳卒中 肝臓病 糖尿病 遺伝疾患 その他 (_____)

7 アレルギーについてお書き下さい

・今まで食べ物や薬を飲んだり、注射をして蕁麻疹やショックなどの異常を起こしたことは？

(ない ある)

・「ある」と答えた方は食べ物の種類、薬、注射の名前がわかる場合はお書き下さい

(_____)

8 当院へのご来院のきっかけは何ですか？

ホームページ/インターネット検索 タウンページ 看板 通りがかり

他医からの紹介 知人の紹介 パンフレット その他 (_____)

9 当院から連絡をさせていただく場合についてお尋ねします。

・連絡の方法 電話 可 不可 携帯電話 可 不可 メール 可 不可

・当院からの郵便物の郵送 可 不可

ありがとうございました。

お手数をおかけしますが受付までご提出をお願い申し上げます。

