

問診票

ご記入いただいた個人情報は診療以外に
使用することはありません。
正確なご記入をお願いいたします。

記載日： 年 月 日

| | | | | |
|------|---------------------------|----|-----|---------------|
| ふりがな | | | | 生年月日 |
| お名前 | 様 | | 西暦 | 年 月 日 (歳) |
| ご住所 | 〒 ※番地・建物名・部屋番号までご記入下さい | | | ご職業 |
| 連絡先 | 携帯 | | ご自宅 | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 血液型 型 Rh + - |

※電話や手紙でご連絡する際、当院の病院名を告げてもよろしいですか はい・いいえ

(1) 当院でご希望される治療内容をお聞かせください (該当する番号に○をつけてください)

- ① 不正出血 ② 月経痛 ④ 月経時以外の腹痛 ⑤ 腰痛
⑥ 月経不順 ⑦ 無月経 ⑧ 月経量が多い ⑨ 月経に伴う症状(頭痛、吐き気、嘔吐)
⑩ 陰部がかゆい・痛い ⑪ おりものが(多い・におう・色が気になる・その他)
⑫ 子宮がん検診 ⑬ 膀胱炎(頻尿・排尿時痛・残尿感・その他)
⑭ 月経調整(月経を避けたい日 月 日～ 月 日 次回月経予定日 月 日)
⑮ 更年期症状(ほてり・冷え・関節痛・抑うつ・不眠・発汗・その他)
⑯ 妊娠かどうか(自宅で妊娠反応 済 ・ 未)(分娩希望・まだ決めていない)
⑰ その他()

(2) 月経について

- ・ 最終月経について (月 日より出血 日間)
・ 初経 歳
・ 月経周期 ほぼ順調(日型) ・ 不順 ・ 無月経
・ 月経時に辛い症状 ない ・ ある (症状)

(3) 妊娠歴について

- ・ 妊娠したことはありますか はい・いいえ ・ 性行為の経験はありますか はい・いいえ
・ 妊娠したことがある方は、次にお答えください (○をつけてください)
妊娠 回 出産 回 流産 回(週) 中絶 回

(4) 今までに「病氣」「手術」をした事がありますか。過去すべてお答えください

ない ・ ある (具体的に)

(5) お身体の状態について

・ 現在服用している薬・サプリメントはありますか
ない ・ ある (薬品名:)

・ 採血・注射・薬・検査・治療によって気分が悪くなったことがありますか
ない ・ ある (具体的に)

・ 既往について、お答えください

アレルギー ない ・ ある (具体的に)

喘息 ない ・ 過去にあった ・ ある ()

糖尿病 ない ・ ある ()

高血圧 ない ・ ある ()

ご自身の血栓症 ない ・ 過去 ・ 現在ある ()

ご家族の血栓症 ない ・ 過去 ・ 現在ある ()

心疾患 ない ・ ある ()

緑内障 ない ・ ある ()

(6) 感染症について

・ 今までに診断された感染症はありますか
ない ・ ある (B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV(エイズ) その他:)

・ 血縁者の中に不妊症の方や遺伝的な病気の方はいらっしゃいますか
いない ・ いる ()

・ 血縁者の中に高血圧、糖尿病、癌、結核の病気がある方はいらっしゃいますか
いない ・ いる ()

(7) 嗜好品について

・ お酒 : 飲む (少 ・ 多) ・ 飲まない

・ たばこ: 吸う(本/日) ・ 吸っていたことがある ・ 吸わない

(8) マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい ・ いいえ

(9) 当院に対する治療のご希望がございましたらご記入ください

[]

ご記入ありがとうございました