

問 診 票

フリガナ お名前		生年 月日	大正 / 昭和 / 平成 年 月 日 () 歳	
ご住所	〒		未婚/既婚 () 歳時に、結婚 / 離婚 / 死別	
お電話 (ご連絡先)		ご職業	身長	cm

■ 今日はどうなさいましたか？

- 生理が異常である (生理不順 / 生理がこない / 出血量が多い / 生理痛がある / その他)
- 生理以外に出血がある ⇒ いつありましたか？ (/ ~ /)
- 妊娠かもしれない ⇒ 妊娠反応検査 (していない / した)
※したの方: (陰性 / 陽性) ⇒ いつしましたか？ (/) ⇒ 妊娠継続希望 (有 / 無)
- おりものが気になる (量が多い / におい / 色が異常 / その他) ⇒ いつからですか？ (/ ~現在)
- 痛みがある (腹痛 / 腰痛 / 排尿時痛 / 性交痛 / その他) ⇒ いつからですか？ (/ ~現在)
- 性器に異常がある (かゆい / 痛い / できものがある / その他) ⇒ いつからですか？ (/ ~現在)
- 子宮がん検診希望 ⇒ 区を受診票 (有 / 無)
- 避妊相談 (低用量ピル / 緊急避妊)
- 更年期障害の症状がある
- 月経移動 ⇒ 避けたい日 (/ ~ /)
- その他 ⇒ 詳細 ()

■ 子宮頸がん検診を受けたことがありますか？

ない / ある ⇒ いちばん最近はいつ受けましたか？ (年 月) ⇒ 異常 (無 / 有) ⇒ ()

■ ふだんの生理について

初めて生理がきたのは () 歳 閉経 () 歳
 いちばん最近の生理 (/ ~ /) その前の生理 (/ ~ /)
 生理周期は 順調 ⇒ () 日周期 / 不順 ⇒ だいたい () 日 ~ () 日周期
 生理の量は (少ない / ふつう / 多い)
 生理痛は (無 / 有) ⇒ 痛み止めはのみますか？ (のまない / のむ 回/日)

■ 今までのご病気や体質などについて

喘息 (無 / 有) 喫煙 (無 / 有 本/日) 性交渉のご経験はありますか？ (無 / 有)
 アレルギー (無 / 有) ⇒ 花粉症 / お薬 () / 食べ物 () / その他 ()
 かかったご病気や治療中のご病気 (無 / 有) ⇒ 高血圧 / 糖尿病 / 腎臓疾患 / 心臓病 / 精神疾患 / 甲状腺疾患
 その他 ()
 手術を受けたことはありますか？ (無 / 有) ⇒ () 歳 手術名 ()
 現在飲んでいるお薬はありますか？ (無 / 有) ⇒ ()

■ 妊娠や出産、流産のご経験はありますか？ ⇒ (無 / 有)

年月日/病院名	○を付けてください。	週数/性別/児の体重	何か変わったことはありましたか？
年 月 日 病院名:	普通分娩 / 吸引分娩 / 帝王切開 流産 / 中絶 / 他 ()	週 / 男・女 g	無 / 有
年 月 日 病院名:	普通分娩 / 吸引分娩 / 帝王切開 流産 / 中絶 / 他 ()	週 / 男・女 g	無 / 有
年 月 日 病院名:	普通分娩 / 吸引分娩 / 帝王切開 流産 / 中絶 / 他 ()	週 / 男・女 g	無 / 有
年 月 日 病院名:	普通分娩 / 吸引分娩 / 帝王切開 流産 / 中絶 / 他 ()	週 / 男・女 g	無 / 有

■ 当院を受診されたきっかけをお聞かせください

ホームページをみて / 通りがかり / 知人から聞いて (お名前:)
 その他 ()

* 診察内容によって順番が前後することがございます。あらかじめご了承ください。