

問 診 表

年 月 日

氏名		生年月日	年 月 日生 満 () 才	身長 c m																		
連絡先	TEL () - 携帯 () -	実家の連絡先: () -																				
<p>本日受診された理由は？ <input checked="" type="checkbox"/> または <input type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (無 ・ 有)</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠かどうか 妊娠継続 (希望する ・ 迷っている)</p> <p>※妊娠検査薬をされましたか？ (はい ・ いいえ) 月 日 (陽性 ・ 陰性)</p> <p><input type="checkbox"/> 生理について (生理不順 ・ 予定の生理がない ・ 生理痛がひどい ・ 生理の量が多い) (生理が8日以上続く ・ 生理以外に出血がある ・ その他の症状:)</p> <p><input type="checkbox"/> 月経前症状について (不安症状 ・ イライラ ・ その他:)</p> <p><input type="checkbox"/> おりものが多い <input type="checkbox"/> かゆみがある (外陰部 ・ 体幹) <input type="checkbox"/> しこり・できものがある (外陰部・胸・)</p> <p><input type="checkbox"/> 膀胱炎症状について (尿がちかい ・ 排尿痛 ・ 残尿感 ・ その他の症状:)</p> <p><input type="checkbox"/> 更年期障害について (顔のほてり ・ 発汗 ・ イライラ ・ その他の症状:)</p> <p><input type="checkbox"/> 不妊相談について (治療の経験: 無 ・ 有)</p> <p><input type="checkbox"/> がん検診希望 (子宮頸がん ・ 子宮体がん ・ 卵巣がん ・ 乳がん)</p> <p>※子宮頸がん検診は (最終検診: 年 月に受けた ・ 受けていない ・ 異常を指摘されたことがある)</p> <p><input type="checkbox"/> ワクチン希望 (風疹・麻疹風疹混合ワクチン・子宮頸がん・インフルエンザ・その他:)</p> <p><input type="checkbox"/> 母乳相談 <input type="checkbox"/> 育児相談について</p> <p><input type="checkbox"/> 生理を調整したい <input type="checkbox"/> プライダルチェック希望 <input type="checkbox"/> 漢方について相談したい</p> <p><input type="checkbox"/> 避妊に失敗した <input type="checkbox"/> 性病が心配 <input type="checkbox"/> 避妊の相談について (ピル・リング)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>																						
<p>今までにかかった病気について 該当するものを○で囲んでください。</p> <p>子宮 (がん・子宮筋腫・子宮腺筋症・) 卵巣 (がん・内膜症・卵巣嚢腫・) 甲状腺疾患 腎疾患 心血管疾患 不整脈 高血圧 糖尿病 がん () 消化器疾患 () 喘息 片頭痛 脳血管疾患 () 精神疾患 () その他 ()</p> <p>手術をされたことがありましたか？ はい ・ いいえ (才の時:)</p> <p>・ 薬・食品やその他アレルギーはありますか？ (無 ・ 有) (名)</p> <p>・ 現在、内服している薬やサプリメントはありますか？ (無 ・ 有) (薬品名)</p>																						
<p>ご自身の両親、血縁関係のある方に以下の病気の方はいますか？ () にどなたかご記入ください。</p> <p>高血圧 () 糖尿病 () がん () その他の病気 ()</p>																						
<p>喫煙 (吸わない ・ 以前吸っていた ・ 吸っている 本/日) 飲酒 (飲まない・時々飲む・ほぼ毎日飲む)</p>																						
<p>・ いちばん最近の生理は () 月 () 日 ~ () 月 () 日まで 閉経 () 才</p> <p>・ 初めての生理は、() 才 生理から次の生理まで (規則正しく 日周期 ・ 不規則)</p> <p>・ 生理は、普通 () 日間続き、生理の量は (多い ・ 普通 ・ 少ない)</p> <p>・ 生理痛は (無い ・ 軽い ・ がまんできる程度 ・ 痛み止めを飲む ・ 寝込む) (下腹部痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ PMS (月経前症候群: 生理前に不安になる等・)</p>																						
<p>・ 性交の経験はありますか。 (無 ・ 有)</p> <p>・ 結婚したのは、() 才 ・ 結婚予定 ・ 未婚 ・ その他</p> <p>・ ご主人/パートナー: 現在 () 才 ・ 別れた ・ 亡くなった</p>																						
<p>過去の妊娠・分娩について</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">出生時体重</th> <th style="width: 20%;">分娩施設</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)</td> <td>(g) (男・女)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)</td> <td>(g) (男・女)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)</td> <td>(g) (男・女)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)</td> <td>(g) (男・女)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)</td> <td>(g) (男・女)</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>						出生時体重	分娩施設	年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)	(g) (男・女)	()	年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)	(g) (男・女)	()	年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)	(g) (男・女)	()	年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)	(g) (男・女)	()	年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)	(g) (男・女)	()
	出生時体重	分娩施設																				
年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)	(g) (男・女)	()																				
年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)	(g) (男・女)	()																				
年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)	(g) (男・女)	()																				
年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)	(g) (男・女)	()																				
年 月 日 (歳) (週) (流産・中絶・子宮外妊娠・経膈・帝王切開)	(g) (男・女)	()																				

ご提供頂く個人情報、医療提供、診療費請求事務、当院の管理運営業務等に使用させていただきます。

※詳細を院内に掲示(「当院における個人情報の利用目的」)しておりますので、ご確認下さい。