

# 問診票

ver230329a

ID:

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日(西暦) 年 月 日( )歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_ (職業) \_\_\_\_\_

◎ 身長( )cm、体重( )kg、血圧( / )、脈拍( /分)

◎ マイナ保険証の診療情報取得に同意しますか( はい・いいえ )

◎ 他の医療機関からの紹介状がありますか?( 有・無 )

◎ 結婚していますか?( 未婚・既婚) ◎ 性交渉の経験はありますか?( 有・無 )

◎ 過去の病気や手術、現在通院治療中の病気がありますか?( 有・無 )

「有」の方は医療機関名、受診日、治療内容を以下に記載してください。

◎ 現在内服中の薬はありますか? ( 有・無 )「有」の時は以下に記載してください。

◎ 薬や食べ物にアレルギーはありますか?( 有・無 )「有」の時は以下に記載してください。

◎ 本日はどのようなご相談ですか?

子供がほしい ブライダルチェック 妊娠かどうか? 妊娠判定陽性生理痛 排卵痛 月経前症状 生理不順 不正出血 下腹部痛おりもの かゆみ におい 更年期症状生理を遅らせてほしい 性感染症の検査子宮頸がん検査 子宮体がん検査 子宮筋腫の検査 卵巣の検査その他( )

◎ 生理について

1番最近の生理は( )月( )日から( )日間 閉経は( )歳

生理周期は(規則的 型・不規則 )

生理の量は(多い・普通・軽い) 生理痛は(ひどい・普通・軽い)

◎ 今までの妊娠について (現在妊娠中又は授乳中ですか? ( はい・いいえ ))

計( )回 そのうち出産( )回 流産( )回 その他( )回 外妊( )回

			週数	体重	性別	妊娠方法	備考(帝王切開など)
1	正産・早産・流産・他	年 月	週	g	男・女	自然・タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	
2	正産・早産・流産・他	年 月	週	g	男・女	自然・タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	
3	正産・早産・流産・他	年 月	週	g	男・女	自然・タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	
4	正産・早産・流産・他	年 月	週	g	男・女	自然・タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	

◎ この1年間に特定健診・高齢者健診を受診しましたか?( はい・いいえ )

◎ よろしければ、当院をお知りになった方法を教えていただけませんか。

[ 知人紹介 インターネット検索 ホームページ その他( ) ]

ご記入ありがとうございました。

かとうレディースクリニック