

問診票 効果的で安全な診療のために、できるだけ詳しく正確にご記入ください

ふりがな

氏名 生年月日 西暦 年 月 日生 年齢 歳

〒 - 住所 Tel(- -)

携帯番号: - - E-mail:(@)

ご職業 身長 cm 体重 kg 宗教 (輸血:可・否)

1) 今回来院された目的: ○をつけてください: 不妊 不育 妊娠 月経痛がひどい 月経不順 無月経 出血 腹痛 腰痛 外陰部かゆみ 外陰部痛 おりものが多い できものがある 残尿感 排尿痛 性交痛 排便痛 子宮内膜症 卵巣腫瘍 子宮筋腫 性病 がん検診 月経をずらしたい 更年期 ピル希望 避妊相談 緊急避妊 手術相談 セカンドオピニオン その他 ()

2) ご家族について

夫(妻)の年齢__歳(健在・死去) 実父__歳(健在・死去・高血圧・糖尿病・()がん)

子供__人 実母__歳(健在・死去・高血圧・糖尿病・()がん)

3) 月経について

初めての生理は(初潮)__歳 生理がとまったのは(閉経)__歳

生理は(順調・不順) 基礎体温表(記録なし・記録中 ⇒ アプリに記録中・紙に記録中)

周期(生理の始まった日から次の生理の前日までの日数)__~__日周期 持続期間__日

生理の量は(多い・普通・少ない)

生理痛は(無し・重い・中ぐらい・軽い) 下腹痛・腰痛・頭痛・吐き気・その他__

一番最近の生理は 西暦 年 月 日より 日間 その前の生理は __月__日より__日間

2回前の生理は __月__日より__日間

4) 結婚について 既婚(__歳 [西暦__年__月__日]) 未婚(性交経験 [あり・なし])

5) 今までの妊娠および出産について 妊娠は全部で__回 そのうち分娩__回(正常分娩__回・異常分娩__回)

自然流産__回 人工妊娠中絶__回 その他 [子宮外妊娠・胞状奇胎]

妊娠・出産歴西暦 年 月	週	流産・死産 自然分娩 帝王切開 中絶 子宮外妊娠	妊娠方法	病院名
① 年 月 日		流産・死産 自然分娩 帝王切開 中絶 子宮外妊娠		
② 年 月 日		流産・死産 自然分娩 帝王切開 中絶 子宮外妊娠		
③ 年 月 日		流産・死産 自然分娩 帝王切開 中絶 子宮外妊娠		

6) 最近服用した薬剤について

種類(薬剤名) 服用期間__月__日~__月__日 内服理由__

7) 持病や今までにかかった病気について

(○をつけて()に発病時期や治療内容など詳細を記入してください)

喘息() 糖尿病() 高血圧() 膠原病() 心臓病()

胃腸病() 腎臓病() 肝臓病() 甲状腺() 精神疾患()

脳脊髄疾患() 内分泌疾患() 性病() 結核()

その他() 輸血を受けたこと(無・有 [西暦 年 月])

受けた手術1) (西暦__年__月:病院名)

2) (西暦__年__月:病院名)

8) アレルギーについて(重要:少しでも症状があれば記載してください) ○をつけて()に薬剤名・食品名・症状など詳細を記入してください) 果物(キウイ・パパイヤ・マンゴー・栗・バナナなど)() その他の食品() 薬剤() 造影剤() ゴム製品() その他()

9) 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による情報取得に 同意する ・ 同意しない