

問診票

産婦人科

年 月 日

ふりがな

氏名

昭

生年月日 平 年 月 日 (歳)

住所

職業

電話番号 (自宅)

(携帯)

次の質問に答え、受付にお渡しください。当てはまるものを選び、空欄にはご記入ください。
わからない場合や当てはまらない場合は空欄のままで結構です。

連絡事項が生じた場合に、クリニックからお電話にてご連絡をさしあげる場合があります。

ご連絡をさしあげてもよろしいですか? いいえ・はい

- ご連絡はどちらの電話番号にさしあげますか? 自宅・携帯電話
- ご本人が不在の場合に、内容をお伝えしてよろしいですか? はい・いいえ
- 留守番電話に内容を録音してよろしいですか? はい・いいえ
- 連絡時はどのように名乗ればよろしいですか? 個人名「〇〇」で・病院名で

検査結果等個人情報に関する内容については、電話での問い合わせに応じない事を、承諾します。(医師から指示のあった場合はこの限りではない)

はい・いいえ

※当院での診察はお受けできません

●本日来院された理由はなんですか? 当てはまるものを全て選んでください。

- 子供ができない 流産を繰り返す 性生活の相談 月経の量が多い 月経が長引く
- 月経が不順 月経がない 妊娠の可能性がある 妊娠している 不正出血
- 性交後の出血 おりものが多い かゆみ しこりを触れる 月経時の腹痛や腰痛
- 性交後の痛み 子宮癌の検査 尿が近い 排尿時に痛む 更年期障害
- 避妊の相談 性病が心配 アフターモーニングピル
- その他 ()

●血のつながっている人で、現在病気の方や過去に大きな病気にかかった方はいますか?

いない・いる (▶いる場合) どなたですか?

父 母 祖父 祖母 おじ おば 兄 姉 弟 妹

(▶いる場合) 病名は何ですか?

高血圧 糖尿病 癌 (具体的に:)

その他 ()

●初めての月経は何歳の時ですか?

歳

月経のある方に伺います。

- 一番最近の月経は？ 月 日から 日間
- その時の量は？ いつもより多かった いつもどおりだった いつもより少なかった
- 月経は規則的にきていますか？ 不規則・規則的 (▶規則的な場合 月経周期は 日型)
※月経開始日から次の月経開始日の前日までの日数
- 普段の月経は何日間くらい続きますか？ 日間
- 普段の月経の量はどうか？ 多いと思う(固まりが出る) 少ないと思う わからない
- 生理痛(腹痛・腰痛)はありますか？ ほとんどない 痛い但我慢できる 時々痛み止めを飲む
毎回痛み止めを飲む 痛み止めが効かない

閉経した方に伺います。

- 閉経は何歳の時ですか？ 歳 自然に 手術で その他
- 結婚していますか？ はい(▶はいの場合 年 月 歳の時)
いいえ 離婚した 死別した 再婚
- ご主人は何歳ですか？ 歳 健康ですか？ はい・いいえ(▶いいえの場合 病名)
- 性交経験はありますか？ ない・ある

今までの妊娠について伺います。

- 妊娠したことはありますか？ ない・ある(▶ある場合 全部で 回)
- そのうち分娩(死産を含む)は何回ですか？ 回
- 人工流産(中絶)は何回ありますか？ ない・ある(▶ある場合 回 何歳の時ですか？ 歳 歳 歳)
- 自然流産は何回ありますか？ ない・ある(▶ある場合 回 何歳の時ですか？ 歳 歳 歳)
- それぞれの分娩を順にご記入ください。
- | | | | | | | | | | |
|---|--------|----------|-----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ① | 歳 / 妊娠 | 週で / 男・女 | g / | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 逆子 | <input type="checkbox"/> 鉗子 | <input type="checkbox"/> 吸引 | <input type="checkbox"/> 帝王切開 | <input type="checkbox"/> 死産 |
| ② | 歳 / 妊娠 | 週で / 男・女 | g / | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 逆子 | <input type="checkbox"/> 鉗子 | <input type="checkbox"/> 吸引 | <input type="checkbox"/> 帝王切開 | <input type="checkbox"/> 死産 |
| ③ | 歳 / 妊娠 | 週で / 男・女 | g / | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 逆子 | <input type="checkbox"/> 鉗子 | <input type="checkbox"/> 吸引 | <input type="checkbox"/> 帝王切開 | <input type="checkbox"/> 死産 |
| ④ | 歳 / 妊娠 | 週で / 男・女 | g / | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 逆子 | <input type="checkbox"/> 鉗子 | <input type="checkbox"/> 吸引 | <input type="checkbox"/> 帝王切開 | <input type="checkbox"/> 死産 |

- お子さんは健康ですか？ はい・いいえ(▶いいえの場合 病名・原因など)
- あなたは今まで大きな病気や手術をしたことがありますか？ ない・ある 盲腸(虫垂炎) 卵巣嚢腫 子宮筋腫
高血圧 心臓病 糖尿病
喘息 腎臓病 癌(部位:)
その他()

- 薬や注射などのアレルギーはありますか？ ない・ある(▶ある場合 薬品名)

- あなたの身長は cm / 体重は kg

- 子宮癌の検査を受けたことがありますか？ ない・ある (▶ある場合) 定期的に受けていますか いる・いない
(▶ある場合) 一番最近は何年 何月頃に受けた

- 当院はどのようにしてお知りになりましたか？
インターネット 雑誌(雑誌名) 知人からの紹介(紹介者氏名)
他院からの紹介(病院名) 紹介医氏名 その他()

ありがとうございました