

No.

初診問診票【産科 婦人科】

記入日

年

月

日

(フリガナ)

氏名： _____ 様 生年月日： 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ (←必ず記入してください)

住所： _____

電話番号： _____ - _____ - _____

1. 本日来院された理由は何ですか？当てはまるところを ○ で囲んでください。

- ① 妊娠の診察 (分娩する ・ しない ・ わからない)
 ② 子供ができにくい ・ 不妊治療を受けたことは (ある ・ ない)
 ・ 産み分けの希望 (男の子 ・ 女の子)
 ③ 月経不順 ④ 月経痛 ⑤ 不正性器出血 ⑥ 腹痛 腰痛
 ⑦ 月経前症状 ()
 ⑧ 陰部のかゆみ・痛み・しこり ⑨ おりもの (赤・ピンク・茶・黄・白)
 ⑩ 性病検査 ⑪ 子宮がん検診 ⑫ 子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮内膜症
 ⑬ 更年期症状 ()
 ⑭ 乳がん検診 ⑮ 乳房の痛み しこり (右 ・ 左) かゆみ
 ⑯ 尿 (頻尿 排尿痛 血尿) ⑰ 検診で要受診
 ⑱ 緊急避妊 ⑲ 生理日変更 (避けたい日 / ~ /)
 ⑳ その他 ()

2. 1 の症状はいつからですか ()

3. 月経について ① 初潮 () 歳 閉経 () 歳
 ② 最近の月経 (年 月 日から 日間)
 ③ 月経周期 不順 ・ 順調 (日型)
 ④ 月経痛 あり ・ なし

4. 結婚 ・ 妊娠 ・ 分娩について

- ① 性交経験 あり ・ なし
 ② 未婚 ・ 既婚 (結婚日 年 月 日) ・ 離婚/死別
 ③ 妊娠 () 回、 分娩 () 回 経膈分娩 or 帝王切開
 流産 () 回、 人工中絶 () 回

5. 既往症について

心疾患 胃腸病 糖尿病 高血圧 肝疾患 腎疾患
 その他 ()
 アレルギー 薬 () 食物 ()
 手術 ()

6. 家族の病気・手術歴について

なし ・ あり (具体的に)

7. 嗜好 お酒 (1日) たばこ (1日 本)

8. 身長 _____ cm 体重 _____ kg

9. 当院を受診されたきっかけを教えてください。

ホームページを見て ・ 病院検索や口コミサイトを見て ・ 医院の看板を見て
 知人の紹介で (ご紹介者 様)

※個人情報を第三者に提供することはありません。

★ご記入ありがとうございました。受付にお出してください。

医療法人 船内クリニック