

問 診 票

(ID

) □

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住所〒 _____

携帯番号 _____ 自宅 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg ※多少の誤差はかまいませんので必ずご記入下さい

1 受診された理由に○印を、() 内には数字や文字を記載して下さい

① 性器出血 ②月経症状：月経痛・月経不順・月経量が多い・少ない ③腹痛 ④子宮筋腫

⑤ 卵巣腫瘍 ⑥外陰部かゆみ ⑦おりものの異常 ⑧不妊 ⑨更年期症状

症状はいつ頃からはじまりましたか？：()

⑩ 妊娠 妊娠反応陽性 (_____ 月 _____ 日) (妊娠継続 ・ 中絶希望 ・ 迷っている)

⑪ 子宮癌検診の希望 ありの場合 ➡ 広島市の受診券 (なし ・ あり)

⑫ ピルの相談 (避妊目的 ・ 月経移動)

※月経移動の方➡ _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで生理の日をずらしたい

⑬ アフターピル ☆⑪の一部、⑫、⑬は保険外診療になりますので料金は受付でご確認ください

⑭ その他：具体的にご記入下さい
(_____)

2 紹介状をお持ちですか (なし ・ あり) ※紹介状ありの方は受付にご提出ください

3 最近の月経（生理）について教えてください

① _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 □ 覚えていない

② 月経周期 _____ 日間周期 (順調 ・ 不順)

③ 月経痛 (なし ・ 弱 ・ 中 ・ 強)

4 初潮年齢： _____ 歳 (初めて生理が始まった年齢)

5 閉経年齢： _____ 歳

6 性交経験 (なし ・ あり)

7 結婚 (なし ・ あり)

8 妊娠歴 (なし ・ あり) 妊娠回数 _____ 回 分娩回数 _____ 回 ※今回の妊娠は含みません

9 妊娠歴のある方は、下の表にご記入下さい

妊娠・出産・その他の妊娠について											
	出産時年齢	正常分娩	帝王切開	週数	男	女	出生体重	流産	中絶	子宮外妊娠	胎状奇胎
例	23 歳	○		40		○	3240 g				
1	歳						g				
2	歳						g				
3	歳						g				
4	歳						g				

※裏面のご記入もお願い致します ➡

10 現在、治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか (なし ・ あり)
「あり」の方は、下の表へご記入下さい (例) ぜんそく、高血圧、心臓病、肝臓病、腎臓病、てんかんなど

治療を受けた年 (年齢)	病 名	病院名	現在の治療
年 月 (歳)			なし あり
年 月 (歳)			なし あり
年 月 (歳)			なし あり
年 月 (歳)			なし あり

その他 ()

11 現在、内服されているお薬はありますか (なし ・ あり) 「あり」方は薬剤名をご記入下さい
※お薬手帳をお持ちの方は記入は不要ですが、問診票と共に提出をお願いします

(薬剤名:)

血が止まりにくくなるお薬を飲まれていますか (いいえ ・ はい ・ わからない)

12 今までに手術を受けられたことがありますか (なし ・ あり)
「あり」の方は、下の表へご記入下さい

手術を受けた年 (年齢)	病 名	手術名	手術を受けた病院名
年 月 (歳)			病院
年 月 (歳)			病院
年 月 (歳)			病院

13 今までに輸血を受けられたことがありますか (いいえ ・ はい : (年 歳の時)

14 アレルギーについて (なし・ありに必ず○印を記載してください)
「注射」や「内服」薬で気分が悪くなったり、医師から使用しないように注意を受けておられる
薬剤がありましたら、できるだけ具体的に記入して下さい。

・薬剤アレルギー: なし ・ あり (薬剤名)

・食物アレルギー: なし ・ あり (食品名)

15 当院をどこでお知りになりましたか?
安佐市民病院 ・ インターネット ・ 看板 口コミを聞いて (インターネット、知人・家族)
紹介 ()様の紹介
その他、伝えたいことやご質問・ご要望がありましたらご記入下さい
()

ご協力ありがとうございました。ご記入後は受付カウンターまで、お持ちくださいます様お願い致します。
また、診察内容によって順番が前後することがあります。あらかじめ、ご了承下さい。