

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 ☆⑩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 検診歴についてお伺いします

過去1年以内に 子宮頸がん検診は受けられていますか (はい→ 月頃・ いいえ)

乳がん検診は受けられていますか (はい→ 月頃・ いいえ)

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、内服されているお薬はありますか (なし ・ あり)
「あり」の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)

11 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)
例) 片頭痛、ぜんそく、高血圧、心臓病、肝臓病、てんかんなど

※治療中の病気または過去に治療を受けた病気が「あり」の方は下の表へご記入下さい

	病 名	手 術	現在の治療
年 月 (歳)		なし あり ()	なし あり
年 月 (歳)		なし あり ()	なし あり
年 月 (歳)		なし あり ()	なし あり
年 月 (歳)		なし あり ()	なし あり
年 月 (歳)		なし あり ()	なし あり

その他 (_____)

12 アレルギー・生活習慣についてご記入ください (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いる
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 _____)

・現在たばこを吸いますか? (吸わない ・ 吸う → 1日 _____ 本)

13 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 ・ ロコミを聞いて (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。記入後は受付カウンターにおわたしてください
診察内容によって順番が前後する場合があります。また医師の指定はできません。ご了承下さい
※紹介状をお持ちの方は受付にご提出ください