

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生理不順 ③お腹が痛い ④月経量が(多い・少ない) ⑤子宮筋腫 ⑥卵巣腫瘍
 ⑦外陰部かゆみ ⑧おりものの異常 ⑨不妊治療の相談 ⑩更年期症状
 (症状はいつ頃からはじまりましたか? : (_____))
 ⑪妊娠 妊娠反応陽性 (_____ 月 _____ 日) (妊娠継続 ・ 中絶希望 ・ 迷っている)
 ⑫子宮癌検診の希望 (なし ・ あり)
 ありの場合 ➡ 広島市の受診券 (なし ・ あり)
 ⑬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)
 ⑭アフターピル ☆⑫の一部、⑬、⑭は保険外診療になりますので料金は受付にてご説明させていただきます☆
 ⑮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 西暦 _____ 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 ➡

- 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)
 「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 (_____)

- 12 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)

- 13 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

- 14 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))

- 15 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 _____)

- 16 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、伝えたいことやお質問・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。