

# 初診患者様問診票

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ ご自宅 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

★今日はどのようなことで来院されましたか。○をつけてください。

1 がん検診 (子宮がん・神戸市クーポン・乳がん) 2 出血があった 3 おりものが多い 4 陰部症状 (かゆみや痛み)

5 腹痛 6 子宮筋腫・子宮内膜症 7 卵巣のはれ 8 生理不順 9 生理痛 10 性病検査

11 更年期障害 12 子宮頸がんワクチン 13 膀胱炎症状 14 ミレーナ相談

15 妊娠かどうか → 家で妊娠検査薬が (陽性・検査していません) 妊娠の場合 (出産: する しない 考え中)

16 現在妊娠中 → 妊娠 \_\_\_\_\_ 週 分娩予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

17 妊婦健診 18 妊娠中のトラブル 19 胎児エコーのみ希望

20 不妊の相談 21 不育症の相談 22 他院からの不妊治療のサポート (注射や卵胞計測等)

23 生理をずらしたい 24 避妊の相談 (ピル・リング・緊急避妊ピル) 25 その他 ( \_\_\_\_\_ )

★生理について

初めての生理は \_\_\_\_\_ 歳 生理周期 \_\_\_\_\_ 日周期 ( 順・不順 ) 出血量は ( 多 ・ 普通 ・ 少 )

最近の生理は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 閉経は \_\_\_\_\_ 歳

★婚姻歴 あり (離婚・死別) ・ なし ★セックスの経験がありますか はい ・ いいえ

★妊娠歴 なし ・ あり (下記にご記入ください)

1 \_\_\_\_\_ 歳の時に 妊娠 \_\_\_\_\_ 週で中絶・流産・分娩 4 \_\_\_\_\_ 歳の時に 妊娠 \_\_\_\_\_ 週で中絶・流産・分娩

2 \_\_\_\_\_ 歳の時に 妊娠 \_\_\_\_\_ 週で中絶・流産・分娩 5 \_\_\_\_\_ 歳の時に 妊娠 \_\_\_\_\_ 週で中絶・流産・分娩

3 \_\_\_\_\_ 歳の時に 妊娠 \_\_\_\_\_ 週で中絶・流産・分娩 6 \_\_\_\_\_ 歳の時に 妊娠 \_\_\_\_\_ 週で中絶・流産・分娩

★現在通院中の病院はありますか。どのような病気で治療を受けていますか。

なし・あり \_\_\_\_\_

★既往歴 持病・今までにかかった大きな病気や手術を教えてください。

なし・あり \_\_\_\_\_

★今薬を飲んでいらっしゃるでしょうか。お薬手帳があれば一緒にお出してください。

なし・あり \_\_\_\_\_

★薬剤アレルギーはありますか。

なし・あり \_\_\_\_\_

★当院をどこでお知りになりましたか

ホームページ 広告 新聞広告 パンフレット 看板 知人の紹介

他院からの紹介 ( 医院名 \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )