


初診患者様問診票

ID _____

ふりがな _____

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

ご住所 〒 _____

(マンション名・部屋番号もご記入ください)  連絡先電話番号 _____ ご職業 _____

★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 子宮がん検診・がん検診無料クーポン・神戸市がん検診・乳がん検診 2 出血があった 3 腹痛 4 子宮筋腫・子宮内膜症
5 卵巣のはれ 6 生理不順 7 生理痛 8 おりものが多い 9 陰部症状(かゆみや痛み) 10 性病検査
11 プライダルチェック 12 更年期障害 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 あり(下記にご記入ください) ・ なし

- | | | | | | | | |
|---|------|----|------------|---|------|----|------------|
| 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いますか。お薬手帳があれば一緒にお出しください。

なし・あり _____

★薬剤・食物・金属等、何かアレルギーはありますか。どのような症状が出ますか？

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 パンフレット 看板 知人の紹介 他院からの紹介 (医院名 _____)

*当院は診療情報を取得・活用することにより(マイナ保険証)、質の高い医療提供に努めています。