

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 〒 _____

連絡先電話番号 (携帯) _____ (マンション名・部屋番号もご記入ください) ↑ _____ 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 ブライダルチェック
- 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 (_____ 月 _____ 日陽性・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。お薬手帳 (あり・なし・本日持参なし・アプリ)

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 _____ 症状: _____

★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 (マイナ保険証) により、質の高い医療提供に努めています。