

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) ↑ 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 がん検診 → (子宮がん検診・神戸市無料クーポンあり・神戸市がん検診のみ希望・乳がん検診)

2 出血があった 3 腹痛 4 生理痛 5 生理不順 6 子宮筋腫・子宮内膜症 7 卵巣の腫れ 8 ミレーナ相談

9 おりものが多い 10 陰部症状(かゆみや痛み) 11 性病検査 12 膀胱炎症状

13 プライダルチェック 14 更年期障害

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 不妊の相談 20 不育症の相談

21 他院からの継続処方希望(医院名:)

22 生理をずらしたい 23 避妊の相談(ピル・リング・緊急避妊ピル) 24 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。ありの場合はお薬手帳が(あり・なし・本日持参なし・アブリ)

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

Google ホームページ 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。