

問 診 表



診察券 No. _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

氏名 _____ 様 身長 _____ cm 体重 _____ kg

■ 年齢 _____ 才 ■ 未婚・既婚 (_____ 年目) ■ 血液型 型 Rh(+ ・ -) ■ 職業 _____

1. 今日どのようなことで来院されましたか？ (複数回答可、チェック☑してください)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> がん検診希望 | <input type="checkbox"/> おりもの (_____ 月 _____ 日から) |
| <input type="checkbox"/> アニバーサリー検診 (子宮がん検診+血液検査) | <input type="checkbox"/> かゆみ (_____ 月 _____ 日から) |
| <input type="checkbox"/> 月経異常について (月経量が多い 少ない) | <input type="checkbox"/> 陰部の痛み・腫れ (_____ 月 _____ 日から) |
| <input type="checkbox"/> 月経痛 | <input type="checkbox"/> 膀胱炎症状 (_____ 月 _____ 日から) |
| <input type="checkbox"/> 月経不順 | <input type="checkbox"/> 性病チェック |
| <input type="checkbox"/> 不正出血 (_____ 月 _____ 日から) | <input type="checkbox"/> 不妊相談 (治療歴 なし あり: _____) |
| <input type="checkbox"/> ピル希望 | <input type="checkbox"/> 更年期障害 |
| <input type="checkbox"/> 避妊相談 (ピル IUD IUS) | <input type="checkbox"/> 漢方療法 |
| <input type="checkbox"/> 緊急避妊 (モーニングアフターピル) | <input type="checkbox"/> 予防接種希望 (HPV ワクチン・インフルエンザ) |
| <input type="checkbox"/> 4D超音波希望(分娩予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) | <input type="checkbox"/> 検査で異常を指摘 (細胞診 血液検査など) |
| <input type="checkbox"/> クアトロ検査 (ダウン症のスクリーニング検査) | <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン |
| <input type="checkbox"/> 妊娠している or 妊娠している可能性がある
(出産希望・ 検討中・ 中絶希望) | <input type="checkbox"/> セックスカウンセリング |
| <input type="checkbox"/> ブライダルチェック | <input type="checkbox"/> その他 [_____] |

2. 月経について

- 一番最近の月経 (_____ 月 _____ 日より _____ 日間) ➤ 月経量 (多い ・ 普通 ・ 少ない)
- 月経周期 _____ 日型 (規則的 ・ 不規則) ➤ 月経痛 (ひどい ・ 普通 ・ 軽い)
- 初経 _____ 才 ・ 閉経 _____ 才

3. 妊娠について

- 性交経験 (有 ・ 無)
- 分娩 _____ 回 ・ 流産 _____ 回 ・ 中絶 _____ 回
- 現在妊娠中の方は分娩予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (出産予定の病院名 _____)

4. 今までに大きな病気、手術、アレルギー等の既往症がありましたらご記入ください (有 ・ 無)

- 病名 [_____] (子宮筋腫、感染症など)
- 輸血の経験 (有 ・ 無)
- 現在治療中の病気、服用薬など [_____]
- 喘息 (有 ・ 無)
- 薬物・食物・その他アレルギー (有 ・ 無) [_____]

5. 子宮がん検診

- 受けたことがある (_____ 年 _____ 月) ・ 受けたことがない

ご記入ありがとうございました。恐れ入りますが、コンシェルジュデスクまでお持ちください。