

【問診票】

お名前 年齢 歳 身長 cm 体重 kg

↑自己申告で可能です

○今日はどのような目的で受診されましたか？下記より選択し記入して下さい

* 紹介状 (あり ・ なし)

* 生理の量が多い、生理痛がひどい、生理不順、不妊治療、不妊検査、不妊治療についての相談、出血、痛み、更年期、おりもの、かゆみ、筋腫、子宮が下がっている、その他 (内容:)

○子宮がん(頸がん)検診は (受けたことがある ・ 受けたことがない)

がん検診の受診時期 () 年 () 月…異常 (なし ・ あり)

* 風疹ワクチン接種 (受けたことがある ・ 受けたことがない)

いつ頃ですか？ () または風疹にかかったことが (あり ・ なし ・ 不明)

○結婚 () 歳 ・ 未婚: セックスの経験はありますか？ (なし ・ あり)

未婚の場合: パートナー (あり・なし) 入籍予定 (あり・なし)

○月経について

初潮(初めての生理)は () 歳・ 閉経(生理があがった) () 歳

最後の生理(月経)は () 月 () 日から () 日まで

いつもの生理の量は (多 ・ 中 ・ 小)、何日間続きますか？ () 日間

生理の周期は (大体毎月ある ・ 不順)、約 () 日周期

生理痛は (ない ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 高度)

鎮痛剤の使用 (なし ・ あり) ありの方は (薬剤名:) 1日 回

痛むのはどこですか (下腹部・腰部・排卵痛がある・排便痛がある・性交痛がある)

○妊娠・出産について

妊娠回数は()回: 出産()回、流産()回、中絶()回、子宮外妊娠()回、胎状奇胎()回

○手術の経験がありますか？ なし ・ あり ()

○輸血を受けたことがありますか？ (なし ・ あり ・ 不明)

○検査や採血の後に、気分が悪くなったことはありますか？ (なし ・ あり)

○現在常用しているお薬がありますか？お薬手帳・一覧表をお持ちの方はお見せください。

無 ・ 有 ()

○薬や食べ物、金属、天然ゴムなどでアレルギーを起こしたことがありますか？

無 ・ 有 ()

○今までに下記のような病気で治療を受けた事がありますか

無 ・ 有 (高血圧・糖尿病・喘息・結核・心臓病・腎臓病・肝臓病・婦人科疾患・癌・その他)

○ご家族で下記のような病気で治療を受けた方はいらっしゃいますか

無 ・ 有 (高血圧・糖尿病・喘息・結核・心臓病・腎臓病・肝臓病・婦人科疾患・癌・その他)

○嗜好品についてお尋ねします

タバコ: (吸わない・吸う 1日 本) お酒: (飲まない・時々飲む・毎日飲む)

○乳がんの手術を受けた事がありますか (無・有 【右・左】)

○現在授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

○葉酸のサプリメントを摂取されていますか？ (はい ・ いいえ)

○ご来院のきっかけを教えてください

*ご家族・ご親族のご紹介⇒お名前 () *知人・ご友人⇒お名前 ()

*病院・診療所のご紹介⇒病院・診療所名 ()

*iタウンページ *ポータルサイト⇒ポータルサイト名 ()

*公式ホームページ *Googl マップ *ブログ *FACEBOOK *タウンページ

*看板⇒どちらの看板ですか () *クリニック前を通過して

*パンフレット *その他 ()