

ご記入いただいた個人情報は診療以外に使用することはありません。

正確にご記入下さい。

問診票

Bara-no-izumi Women’s Clinic

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 西暦　　年　　月　　日(　　歳) | 血液型　　　型 | 身長　　　㎝ | 体重　　　㎏  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　 　　－ |
| 電話番号 | 自宅 |  |  | 結婚されていますか。□既婚　□未婚　□結婚予定あり血縁関係はありますか。　□なし　□あり離婚歴はありますか。　　□なし　□あり |
| 携帯 |  |  |
| 緊急連絡先 | 　　　　　　　　　　様方　 |  |

あてはまる□にはㇾでチェックを、（　　）内には数字や文字を記載してください。

【１】本日はどのような理由で受診されましたか。

　　□妊娠判定　（市販薬での判定をされた方：　　　月　　　日　　□陽性　□陰性　）

　　　妊娠の場合は、□妊娠継続（□当院希望　□他院希望　□検討中）　□中絶希望　□迷っている

□妊婦健診（他院での健診最終日：　　月　　　日・分かってる方は分娩予定日　　　月　　　日）

□月経異常　　 □不正出血　　 □子宮筋腫　　□更年期障害　 　□避妊相談　□不妊相談

別途問診票をお渡しします。

□おりもの　 　□かゆみ　 　　□おなかの痛み　　□腰の痛み　□生理痛

　　□検査を希望する（□子宮がん検診　　□性病）

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【２】症状のある方は、いつごろからお気づきになりましたか。

　　（　　　　　　日前　　　　　　ケ月前　　　　　　年前）

【３】普段の月経について、ご記入下さい。

　１．初潮は　　　　才　　閉経は　　　　才

　２．最も、最近の月経はいつでしたか。　　　月　　　日から　　　日間　　　□覚えていない。

　３．月経周期は順調ですか。　□順調　　　日型　　　□不順　　　日～　　　日

　４．1回の月経は何日くらい持続しますか。　　　　日くらい。

　５．月経痛はありますか。　□なし　　□ある（鎮痛剤の使用　□なし　□時々　□いつも）

　６．月経の量はいかがですか。□少量　□ふつう　□多い　　血の塊はありますか　□なし　□時々あり　□あり

【４】性交（セックス）の経験はありますか。　□なし　□あり

【５】妊娠・分娩歴について

　１．妊娠歴　　□なし　　□あり　　　回　　そのうち自然流産　　　回　　　中絶　　　回

　２．分娩歴がある方は、ご記入下さい。（死産も含みます。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出産年月日 | 児の体重 | 性別 | 健否 | 妊娠および分娩中の異常 | 週数 | 分娩様式 |
| 西暦　　年　　月　　日　　　　　　 | 　　　　ｇ |  |  |  |  | 　　　　　　　　　 |
| 　　年　　月　　日 | 　　　　ｇ |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 | 　　　　ｇ |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 | 　　　　ｇ |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 | 　　　　ｇ |  |  |  |  |  |
| 　　年　　月　　日 | 　　　　ｇ |  |  |  |  |  |

　　**裏面へのご記入もお願いします**

【６】現在、お薬を飲まれていますか。

　　　□いいえ

　　　□はい　　お薬名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【７】現在、通院中ですか。通院中の場合は、理由と病院名をご記入下さい。

　　　□いいえ

　　　□はい　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【８】既往歴、家族歴についてご記入下さい。

１．これまでにかかった病気はありますか。　例：25歳　卵巣腫瘍で手術

　　□いいえ

　　□はい

　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　２．輸血されたことはありますか。

　　　□いいえ

　　　□はい

３．お身内の中で、下記の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか。（　　　　）に続柄をご記入下さい。

　　　□いいえ

　　　□高血圧（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□糖尿病（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□精神病（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【９】アレルギーはありますか。

　　　□いいえ

　　　□薬物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□食べ物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【10】妊娠中の方のみ、ご記入ください。

　１．結婚回数　　　回　　　離婚回数　　　回

　２．結婚年　西暦　　　　　年　　　　　才

　　　再婚年　西暦　　　　　年　　　　　才

　３．今回の妊娠は、自然妊娠ですか。　□はい□いいえ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　４．お仕事はされてますか。はいの方は、（　　　　）に職業をご記入下さい。

□いいえ

□はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　５．同居されている方はどなたですか。　　夫　　子供　　　人　他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　６．産後の手伝いはいますか。　□いない□いる（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

７．嗜好品について

　　　喫煙の習慣はありますか。　□なし　□あり　（□現在　　　　本/日　　□妊娠前　　　本/日）

　　　飲酒の習慣はありますか。　□なし　□あり　（□時々　□毎日）

【11】当院を受診されたきっかけをお聞かせください。

　　　□知人（身内）から聞いて　□インターネットで調べて　□ホームページをみて

□自宅から近い　　　　　　□職場から近い

　　　□広告・看板を見て　　　　□以前受診したことがあるから

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【12】当院への交通手段をお聞かせください。

□自家用車　□自転車　□徒歩　□バス　□バイク　□タクシー

ご記入後は、受付カウンターまで、お持ちくださいますようお願いします。

　　　　　　診察の順番が近づきましたら、モニター画面でお知らせしますので、中待合にお入り下さい。

　　　　　　予約の方を優先いたしますので、診療までしばらくお待ちいただきます。

また、診療内容によって、順番が前後することがあります。あらかじめ、ご了承ください。