

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。

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　　　　　　　　　　　　　　緊急連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 |

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

□おりもの　 　□かゆみ　 　　□おなかの痛み　　□腰の痛み　□生理痛

別途問診票をお渡しします

　　□検査を希望する（□子宮頸がん検診　　□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】過去に子宮頸がん検診を受けたことがありますか？

 □いいえ □はい　それはいつ頃ですか？（　　　年　　月）

【５】性交（セックス）の経験はありますか。　□なし　□あり

【６】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。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| いつごろ | 妊娠週数 | 妊娠やお産前後の異常 | 出産様式 | 性別 | 出産体重 | 栄養法 | 病院 | その他 |
| 2020.2.9 | 39週5日 | 陣痛が弱くて促進剤を使ったお産の時に出血が多かった | 自然分娩 | 男 | 3000g | 2ヶ月混合以降母乳 | 〇〇病院 | 赤ちゃんの黄痕が強かった |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　**裏面へのご記入もお願いします**

【７】既往歴など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．アレルギーはありますか。

　　　□いいえ

　　　□薬物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□食べ物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　３．喘息と診断されたことはありますか。

　　　□いいえ

　　　□はい　（最終発作　　年　　月　　日現在の状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．現在、通院中ですか。通院中の場合、理由と病院名をご記入ください。

　　□いいえ

　　□はい　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名　　　　　　　　　　　　）

５．現在、お薬を飲まれていますか。

　　□いいえ

　　□はい　（お薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　６．輸血されたことはありますか。

　　　□いいえ

　　　□はい

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）

【８】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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【９】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。