

患者 ID

# 問診票

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

住所〒

〒

氏名

電話番号

携帯

生年月日

T・S・H・R

年

月

日

1. 血液型 (ABO 型、Rh 型)、身長、体重、輸血経験の有無をご記入ください。

血液型 (A・B・AB・O、Rh 型 +・-)、身長 ( cm)、体重 ( kg)、輸血歴 ( 無・有 )

2. 本日受診される理由に○をつけて下さい。それはいつ頃からありますか？

・妊娠かどうか

(市販の妊娠検査\_\_月\_\_日 +・-・未)

・分娩希望 (予定日決まっていれば\_\_月\_\_日)

・中絶希望

・子どもがほしい (不妊)

↳風しんに感染したことがありますか はい ・ いいえ

↳風しんの抗体検査を受けたことがありますか はい ・ いいえ

・月経不順

・おりものの異常 (量が多い・においが気になる)

・陰部がかゆい

・下腹部痛

・月経日の変更 (遅らせたい・早めたい)

・月経痛

・不正出血

・更年期障害

・しこりがある (腹部・陰部・乳房)

・子宮ガン検査希望 (前回\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

・ピルの希望 (内服経験あり・ない)

・緊急避妊用、ピルの希望

・その他 ( )

3. 月経について教えてください

・最近の月経はいつでしたか ( 月 日)

普段の月経と (同じ・違う)

どのように違いましたか ( )

・初めての月経は ( 歳より)

・月経は何日続きますか ( 日)

・月経は何日毎にきますか ( ~ 日)

・月経痛は (なし・軽度・中等度・高度)

・月経時の随伴症状は (腰痛・腹痛・頭痛)

・月経量は (少量・普通・多量・凝血塊)

・閉経されたのは ( 歳)

4. 性交経験はありますか (有・無)

5. 結婚されたのはいつですか

・ 年 月、未婚 ( 年 月予定あり)

・離婚されたことがある場合は○をお願いします ( )

・配偶者の健康状態 (良好・疾患名: )

6. 分娩 (お産) について出来るだけくわしくお書きください

(1) 年 月 日 ( 週 日) (男・女)

g(生・死), 正常分娩・吸引・鉗子・帝王切開, 分娩場所:

(2) 年 月 日 ( 週 日) (男・女)

g(生・死), 正常分娩・吸引・鉗子・帝王切開, 分娩場所:

(3) 年 月 日 ( 週 日) (男・女)

g(生・死), 正常分娩・吸引・鉗子・帝王切開, 分娩場所:

7. 流産・中絶についてお書き下さい

(1) 年 月 日 ( 週) 流産・中絶

(2) 年 月 日 ( 週) 流産・中絶

8. 特異体質、食物あるいは薬のアレルギーはありますか

・ない

・ある: ペニシリン・ピリン・ヨード・その他の薬 ( )

・アルコール綿かぶれ (有・無)

・テープかぶれ (有・無)

9. 今までにかかった病気や受けられた手術はありますか

・ない

・ある どんな病気ですか: 喘息・高血圧・糖尿病・甲状腺・心臓病・肝臓病・腎臓病・精神病・心療内科受診歴

その他は ( )、手術は ( )

10. 家族の方 (血縁者) で病気の方はいらっしゃいますか

・ない

・ある: がん・高血圧・糖尿病・突然死・その他 ( )

11. 他院の検査で異常を指摘されたことがありますか

・ない

・ある ( )

12. 現在、内服中のおくすりがありますか

・ない

・ある ( )

13. 嗜好品について

・飲酒歴 なし・あり (種類: 1日量 )

・タバコ なし・あり ( 本/日)

14. 当院を受診されたきっかけを教えてください

・知人の紹介 ( )

・インターネット

・タウンページ

・雑誌

・その他 ( )