

婦人科問診票

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

※ 下記太枠項目は必須事項になります。✔でチェックをお願いします。 初診日 年 月 日 ID

ふりがな				住 所		
氏 名				〒 -		
生年月日	西暦	年	月	日(満 歳)		
職 業						
連 絡 先	携帯番号 - -			メールアドレス	@	
	自宅番号 () -					
緊急連絡先	氏名			連絡先 - -	続柄 ()	
	住所 〒 -					
※ 受診予約・検査その他、緊急を要する場合など、こちらから連絡する場合がございます。						
クリニックまでの通院時間 約 時間 分 交通機関 ()						
ご 紹 介 者	() <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> クリニック					

1) 本日はどのようなことで来院されましたか						

2) 月経について						
・初潮 歳		・閉経 歳				
・最終月経		月	日	～	日間	
・(その前の月経)		月	日	～	日間	
・周期 (月経が始まった日から次の月経があるまで)		<input type="checkbox"/> 順調 (日周期)		<input type="checkbox"/> 不調 (日から 日)		
・月経に伴い右記の症状はありますか		<input type="checkbox"/> 下腹部痛		<input type="checkbox"/> 腰痛		<input type="checkbox"/> 頭痛
・痛み止めを使用しますか		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		
3) 結婚について						
<input type="checkbox"/> 結婚 (西暦 年 月)		<input type="checkbox"/> 離婚 (西暦 年 月)				
<input type="checkbox"/> 再婚 (西暦 年 月)		<input type="checkbox"/> 未婚		<input type="checkbox"/> 未婚 (西暦 年 月結婚予定)		
4) 妊娠・出産について教えてください						
分娩年月日	性別	週数	出生体重	出産状態	妊娠合併症	
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし	
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし	
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし	
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし	
合併症があった方は記入をお願いします						

5) あなたのことについてお尋ねします

・身長 _____ cm 体重 _____ Kg 血液型 _____ 型 (Rh + -)

・喫煙歴 なし あり (_____ 本/日・現在は吸っていない) ・性交渉経験 あり なし

・今まで経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか

特に何もなし

喘息(気管支喘息・小児喘息・最終発作 _____ 年 _____ 月頃 吸入機使用した) 咳喘息

子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣のう腫(チョコレートとう腫、デルモイド等) 腺筋症

がん (_____)歳の時

てんかん(内服薬 _____ 最終発作 _____ 年 _____ 月頃)

糖尿病(内科受診中) 高血圧(内科受診中) 消化器疾患(_____)

甲状腺疾患(機能亢進症・機能低下症) 心臓病 肝臓病 腎臓病

精神疾患 (_____)

感染症(HIV 梅毒 B型肝炎 C型肝炎) その他(_____)

・輸血が必要になった場合に輸血を受けることを 了承する 了承しない

・手術の経験 主な病気 _____ 手術名 _____ (_____)歳の時

・内服中のお薬やサプリメントはありますか 薬品名 _____

・下記のアレルギーはありますか なし あり

「あり」の方→ ピーナッツアレルギー 卵アレルギー 大豆アレルギー ラテックスアレルギー

・注射や内服薬で副作用・蕁麻疹やかゆみを経験したことはありますか なし あり(下記に記入お願いします)

注射・薬品名 _____

6)ご主人さまの健康状態についてお尋ねします

・喫煙歴 なし あり (_____ 本/日・現在は吸っていない) ・身長 _____ cm 体重 _____ Kg

・病歴 (主な病気 _____ (_____)歳の時)

ご記入ありがとうございました。