

ID: _____

身長 _____ cm

体重 _____ kg

血圧 _____ / _____ mmHg

問 診 票

_____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ			
氏名	*手術・妊娠（出産含む）など手続きに必要な時が ありますのでお聞かせ下さい。旧姓（ ）		
生年月日	昭・平・令 _____年 _____月 _____日	_____歳	
住所	〒 _____ 市		
TEL	自宅 _____	携帯 _____	

① 診察に来られた目的を○で囲んでください（○はいくつでも）。

<ul style="list-style-type: none"> • 妊娠判定（市販薬で検査された方 月 日 / 陽性 ・ 陰性 ） →妊娠反応陽性の方にお伺いします。分娩を希望している施設を○で囲んでください。 千船病院 / 関西ろうさい病院 / 尼崎総合医療センター / 末包クリニック 立花内科産婦人科クリニック / 里帰り分娩 / 検討中 / その他（ ）
<ul style="list-style-type: none"> • 妊婦健診（他院での検診最終日： 月 日/実施先： 病院・クリニック）
<ul style="list-style-type: none"> • 子宮がん検査 • 卵巣嚢腫 • 子宮筋腫 • 不正出血 • 月経異常 • おりもの • かゆみ • 月経痛 • ピル処方 • 性病検査 • 更年期障害 • セカンドオピニオン • 緊急避妊（アフターピル） • 月経移動（避けたい日 / ） • その他（ ）
<p>症状があれば具体的に記入してください。</p>

②月経について伺います。

前回（一番最近）の月経	_____ 月 _____ 日から _____ 日間
前々回の月経	_____ 月 _____ 日から _____ 日間
初潮と閉経について	初潮（ 歳） 閉経（ 歳）
現在の月経周期	順調 / 不調（ 日周期）
月経の量	多 / 中 / 少
月経障害	なし / 下腹痛 / 腰痛 / 頭痛 / 肩こり
月経障害の程度	強 / 中 / 弱 *強：毎回薬使用、中：時々薬使用、弱：我慢できる 使用されている鎮痛剤（ ）

② その他お伺いします。

ご結婚されていますか？	• いいえ • はい（ 年 月 歳の時）
ご主人の年齢は？	_____ 歳（健康 / 病気 / 死亡）
性交の経験は？（診察に必要なためご記入下さい）	• ある • ない

④妊娠について伺います。

妊娠の回数は全部で	回*流産や人工中絶を含むが、今回の妊娠は除く
分娩の回数は全部で	回*死産も含む
妊娠、分娩時に異常はありましたか？	・いいえ ・はい（具体的に ）
現在授乳中ですか？	・はい ・いいえ

⑤アレルギー、ピル等について伺います。

食品や薬剤などにアレルギーはありますか？	・いいえ ・はい（種類； ）
現在使用中のものに○をつけて下さい	・子宮内避妊具 ・ミレーナ ・ピル ・いずれもなし

⑥既往症について伺います。

今までに治療した、あるいは現在治療中の病気があれば○をつけて下さい。	
・心臓病	・高血圧
・糖尿病	・肝臓病
・喘息	・腎臓病
・尿路感染症	・乳腺疾患（乳腺症など）
・その他（	）

現在内服している薬と、通院している病医院名をお書きください。
()

今までに手術を受けたことがありますか？	・なし ・あり（ 年 月 歳；病名 ）
---------------------	------------------------

⑦ご家族について伺います。

実父	歳（健康 / 病気 / 死亡）（病名；
実母	歳（健康 / 病気 / 死亡）（病名；

⑧ご本人について伺います。

職業	()
喫煙	・しない ・する（1日に 本）
飲酒	・しない ・する（毎日 / 時々）

当クリニックのことは、どのようにお知りになりましたか？（複数回答可）
 当院ホームページ / 看板 / ロコミ / 新聞折り込み・広告
 当院患者様からのご紹介（どなたのご紹介でしょうか？お名前：)

★本日、女性医師のご予約をされた方へお伺いします

ご予約の医師とは違う医師にご変更してもよろしいでしょうか？（待ち時間が短縮される可能性がございます）

・() 女性医師ならよい ・() 女性 or 男性医師どちらでもよい ・() 変更不可