

問診票

菊池産婦人科

診察券No _____

記入日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名 _____ 様	〒 _____ フリガナ _____ 住所 _____
S H R 生年月日 _____ 年 月 日 (才)	電話 _____ 職業 _____
未婚・既婚(_____ 年目) 身長 _____ cm	体重 _____ kg 血液型 _____ 型 Rh(+ ・ -)

1. 今日どのようなことで来院されましたか？ (複数回答可、チェック☑してください)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> がん検診希望 | <input type="checkbox"/> おりもの |
| <input type="checkbox"/> 月経異常(月経痛・月経不順) | <input type="checkbox"/> かゆみ |
| <input type="checkbox"/> 更年期障害 | <input type="checkbox"/> 性病チェック |
| <input type="checkbox"/> 不正出血 | <input type="checkbox"/> 不妊治療 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠しているor妊娠している可能性がある
(出産を希望 ・ 出産を希望しない) | <input type="checkbox"/> 産み分け相談(男の子・女の子) |
| <input type="checkbox"/> 妊婦健診 | <input type="checkbox"/> ブライダルチェック |
| <input type="checkbox"/> 避妊相談 | <input type="checkbox"/> 4D超音波希望(予定日 月 日) |
| <input type="checkbox"/> 緊急避妊 | <input type="checkbox"/> その他 |

2. 月経について

- ☆ 一番最近の月経(月 日より 日間) ☆ 月経量(多い ・ 普通 ・ 少ない)
- ☆ 月経周期 日型(規則的 ・ 不規則) ☆ 月経痛(ひどい ・ 普通 ・ 軽い)
- ☆ 初経 _____ 才 ・ 閉経 _____ 才

3. 妊娠について

- ☆ 性交経験 (有 ・ 無)
- ☆ 分娩 _____ 回 ・ 流産 _____ 回 ・ 中絶 _____ 回

4. 病気、手術、アレルギー等の既往症の有る方は詳細を記入し有りに○を、無い場合は無に○を付けて下さい。

- 病名 【(子宮筋腫、感染症など) _____】
- 輸血の経験 (有 ・ 無) 【 _____】
- 現在治療中の病気、服用薬など (有 ・ 無) 【 _____】
- 喘息 (有 ・ 無) _____
- 食物アレルギー (有 ・ 無) 【 _____】
- 薬物アレルギー (有 ・ 無) 【 _____】
- その他アレルギー (有 ・ 無) 【(花粉症、アトピーなど) _____】

5. 子宮頸がん検診

受けたことがある (年 月) ・ 受けたことがない

6. 当院を何で知りましたか？

近所 ・ インターネット(ホームページ) ・ 携帯サイト ・ 電話帳 ・ その他(_____)
友人知人の紹介(紹介者のお名前 _____ 様)