

# 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	〒 _____ 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. 今日は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<br>( 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)