

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	(職業)
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）。

・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。 妊娠継続希望 （ 有 / 無 ） ⇒妊娠継続希望有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 阪神バースクリニック / 立花内科産婦人科クリニック 里帰り分娩 / 検討中 / その他（ ）	
・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）	
・子宮がん検査 ・月経異常 ・ピル処方 ・緊急避妊（アフターピル）	・卵巣嚢腫 ・おりもの ・性病検査 ・月経移動（避けたい日 _____ / _____ ）
・子宮筋腫 ・かゆみ ・更年期障害	・不正出血 ・月経痛 ・セカンドオピニオン ・その他（ ）
症状があれば具体的に記入してください。	

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。

母国語	日本語以外の方はご記入お願いします () 語
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 / 口コミ / 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あります)

() 女性 or 男性医師どちらでもよい ・ () 変更不可