

# 問 診 表

診察券No. \_\_\_\_\_

西暦 年 月 日

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 西暦 年 月 日

■年齢 才 ■未婚・既婚 ( 年目) ■血液型 型Rh(+・-) ■職業 \_\_\_\_\_

■住所 \_\_\_\_\_ ■電話番号 \_\_\_\_\_

■身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

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"/> 検査で異常を指摘 ( 細胞診 コルポスコピー) |
| <input type="checkbox"/> アニバーサリー検診 (子宮頸がん検診+血液検査)                        | <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン               |
| <input type="checkbox"/> 月経異常について (月経量が多い 少ない)                           | <input type="checkbox"/> 下腹部痛 ( 月 日から)           |
| <input type="checkbox"/> 月経痛、PMS(月経前緊張症候群)                               | <input type="checkbox"/> 出生前診断 (クアトロ検査 羊水検査)     |
| <input type="checkbox"/> 月経不順  | <input type="checkbox"/> 4D超音波希望 (分娩予定日 月 日)     |
| <input type="checkbox"/> 不正出血 ( 月 日から)                                   | <input type="checkbox"/> ブライダルチェック               |
| <input type="checkbox"/> 妊娠しているor妊娠している可能性がある<br>( 分娩を希望 ・ 検討中 ・ 希望しない ) | <input type="checkbox"/> おりもの かゆみ 陰部痛み           |
| <input type="checkbox"/> 出生前診断   | <input type="checkbox"/> 膀胱炎 ( 月 日から)            |
| <input type="checkbox"/> 避妊相談 (ピル、IUD、ミレーナ)                              | <input type="checkbox"/> 性病チェック                  |
| <input type="checkbox"/> 月経変更 ( )  | <input type="checkbox"/> 不妊相談                    |
| <input type="checkbox"/> 緊急避妊( モーニングアフターピル )                             | <input type="checkbox"/> 更年期障害                   |
| <input type="checkbox"/> ブライダルチェック ( )                                   | <input type="checkbox"/> 漢方療法                    |
| <input type="checkbox"/> ワクチン ( 子宮頸がん、 インフルエンザ )                         | <input type="checkbox"/> セックスカウンセリング ( )         |
|  | <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)   | ➤ 初経 _____ 才 ・ 閉経 _____ 才 |
| ➤ 月経周期 日型 ( 規則的 ・ 不規則 ) | ➤ 月経量 ( 多い ・ 普通 ・ 少ない )   |
|                         | ➤ 月経痛 ( ひどい ・ 普通 ・ 軽い )   |

3. 妊娠について

- 性交経験 ( 有 ・ 無 )
- 分娩 \_\_\_\_\_ 回 (正常分娩 \_\_\_\_\_ 回・帝王切開 \_\_\_\_\_ 回・その他 \_\_\_\_\_ 回) ・ 流産 \_\_\_\_\_ 回 ・ 中絶 \_\_\_\_\_ 回

4. 今までに大きな病気、手術、アレルギー等の既往症がありましたらご記入ください ( 有 ・ 無 )

- 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 [ ]
- 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 ( 西暦 年 月 ) ・ 受けたことがない