

問 診 票

記入日： 年 月 日 □

この問診票は診療目的以外では使用しません。
プライバシーに関わることなので取り扱いは慎重に致します。

NO.

上本町ヒロミレディースクリニック

| | | | | | | | |
|------------------|-----|-------------------------|-------|---|---|----|------|
| フリガナ | | 生年月日 (birthday) | 大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 | (歳) |
| お名前 (name) | | | | | | | |
| 住 所 (address) | 〒 - | 電話番号 (phone number) | | | | | |
| | | 携帯電話番号 (cellular phone) | | | | | |
| ご職業 | | | | | | | |

ご相談になりたい内容をお尋ねします（複数回答可）あてはまる項目にチェック✓してください

- 妊娠しているかどうか知りたい(市販薬： 陽性 陰性 していない)
- 月経が止まった
- 月経相談 (不順 量が多い・少ない 月経痛がひどい)
- 月経前に体調が悪い
- 月経以外で出血がある
- お腹が痛い 下痢 嘔吐
- 外陰部の相談 (かゆみ できもの 痛み)
- おりものの量、においが気になる (色 性状)
- 排尿痛、残尿感、頻尿、血尿
- 更年期障害と思われる症状 漢方相談
- 不妊相談
- 月経をずらしたい (止めたい期間 月 日 ~ 月 日)
- 緊急避妊(アフターピル)希望
- 子宮がん検診(住民票は 大阪市 他市) 乳がん検診(住民票大阪市+30代の方のみ)
- 内科(症状：) 熱 °C
- その他具体的に()

あなたご自身についてお尋ねします

- ① 1年以内に子宮がん検診を受けましたか (いいえ ・ はい) はいと回答の方はその時期 (年 月)
- ② 身長と体重を教えてください (身長 cm / 体重 kg)
- ③ 今までかかった大きな病気や手術はありますか (いいえ ・ はい)
(病気：) (手術：)
- ④ 薬アレルギーはありますか (いいえ ・ はい)
- ⑤ 今内服している薬はありますか (いいえ ・ はい) (薬の名前：)
- ⑥ 喫煙していますか (いいえ ・ はい : 本 / 日)
- ⑦ 結婚していますか (いいえ ・ はい)
- ⑧ 性交渉(セックス)の経験はありますか (なし ・ あり) → 3ヶ月以内ですか いいえ・はい)

今までの月経についてお尋ねします

- ① 一番最近の月経はいつからですか 月 日から 日間 または閉経 歳
- ② 初めて月経がはじまったのは (歳)
- ③ 月経は順調に来ますか (いいえ ・ はい)
「はい」とお答えの方は () 日周期 「いいえ」と答えの方は (~) 日周期

今までの妊娠歴についてお尋ねします

- ① 妊娠したことはありますか (いいえ ・ はい)
「はい」とお答えの方は以下についてお尋ねします
妊娠 (回) 出産 (回) 流産 (回) 中絶 (回)
帝王切開歴 (なし ・ あり) 不妊治療歴 (なし ・ あり)
- ② 出産経験がある方についてお尋ねします

| | お子様の現在の年齢 | 出生体重 | 出生週数 |
|-----|-----------|------|------|
| 第1子 | | | |
| 第2子 | | | |
| 第3子 | | | |

家族についてお尋ねしますご家族に特別な病気の方はいますか いる(がん・脳梗塞・糖尿病・高血圧・その他) いない**当院は何でお知りになりましたか**

インターネット ・ 雑誌 ・ 看板 ・ 紹介 ・ その他 ()

☆ご記入有難うございました。受付にお出してください。

当院記入 ◎ 保険証返却