

(初診用) 問 診 票

H 年 月 日

ふりがな	生年月日 T S H	年	月	日	歳
氏名	職 業				
住所 〒					
電話番号	携帯番号	当院からの (予約変更等) 電話連絡 可・不可			

【1】 診察に来られた理由

- ① 妊娠確認 (市販妊娠検査: 陽性・陰性・未検) → **陽性の場合** (分娩希望・中絶の相談・検討中)
 ② 不正出血 (.....月.....日~.....日間) ③ 月経不順 ④ 月経痛 ⑤ 下腹部痛 ⑥ 妊婦健診
 ⑦ おりもの異常 (かゆみ・臭い・量・色) ⑧ STD (性病) 検査 ⑨ 更年期精査 ⑩ 不妊精査
 ⑪ ピル希望 (初回・継続・再開) → 目的 (避妊・月経痛改善・月経不順・その他) ⑫ アフターピル
 ⑬ 月経調整 (生理を外したい月日:月.....日~.....月.....日まで) ⑭ 乳がん検診 (乳腺エコー)
 ⑮ 子宮がん検診 ⑯ 品川区検診 ※品川区子宮がん検診の方は受診券を受付に提出して下さい
 ⑰ その他 (.....)

【2】 月経について

- ① 一番**最近**の月経は H 年 月 日から日間 ② 初経年齢.....歳頃 ③ 閉経年齢.....歳頃
 ④ 月経周期 (順・不順) ⑤ 月経痛 (なし・軽度・痛・激痛) ⑥ 月経血量 (少・普通・多)

【3】 妊娠歴 (無 ・ 有) ※今回の妊娠は含めずにご記入下さい。

- ① 妊娠.....回 → 分娩 (帝王切開含む).....回 流産.....回 中絶.....回
 ② 一番最近の出産年.....月.....日
 [正常分娩・異常分娩 (理由.....) ・帝王切開 (理由.....)]

- 【4】 現在服用中のお薬はありますか? (ピルも含む) [無 ・ 有: 薬剤名.....]
 今までに何かの病気にかかったことはありますか? [無 ・ 有: 病名.....]
 今までに手術を受けたことはありますか? [無 ・ 有: 内容.....]

- 【5】 血液型 (A ・ B ・ O ・ AB : Rh + / - ・ 不明) 感染症 (無 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV ・ 不明)

- 【6】 性交渉の経験 (無 ・ 有)

- 【7】 結婚について 未婚 ・ 婚約中 ・ 既婚 → 結婚年月.....年.....月頃
 夫の年齢 満.....歳 職業.....

- 【8】 アレルギー (薬・食べ物・花粉症など) [無 ・ 有 (.....)]

- 【9】 最後に**子宮頸がん検診**を受診したのはいつですか?年.....月頃 ・ 検診歴なし ・ 不明
 本日、子宮頸がん検診を希望されますか? (希望する ・ 希望しない ・ 相談して決めたい)
 ※年1回の子宮頸がん検診が推奨されています。妊婦さんは必要な検査になっています。
 (保険自己負担約1,100円・品川区検診対象者は無料)

【10】 当院を知った理由

- ① インターネット ② 知人からの紹介 ③ 他院からの紹介 (紹介状 無・有→受付に提出下さい)
 ④ 品川区からの案内 ⑤ その他 (.....)

この個人情報に関しましては、医療目的以外では使用致しません。尚、届出の必要な場合以外で、
 個人情報を提供することはありません。 はなおかレディースクリニック 院長花岡嘉奈子