

## (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 妊娠希望・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 月経の移動 (生理を外したい月日: .....月.....日~.....月.....日まで)  
 ⑭ 乳癌検診 (乳腺エコー) ⑮ 子宮癌検診 ⑯ 品川区子宮がん検診 **※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.....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.....日周期・不順) ⑤ 月経痛 (なし・軽度・痛・激痛) ⑥ 月経血量 (少・普通・多)  
 [早いとき.....日周期・遅いとき.....日周期]

【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..... ]

【5】今までに診断を受けた病気、治療中の病気はありますか? (喘息、高血圧など)  
[ 無・有: 病名..... ]

【6】今までに手術を受けたことはありますか? [ 無・有: .....年..... ]

【7】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 )

【8】性交渉の経験 ( 無・有 )

【9】結婚 (未婚・婚約中・既婚) → 結婚年月.....年.....月頃/夫の現在年齢.....歳・職業.....

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

【11】最後に**子宮頸癌検診**を受診したのはいつですか? (.....年.....月頃・検診歴なし・不明)

本日、子宮頸癌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 )

**※年1回の子宮頸癌検診が推奨されています。妊婦さんは初期に必要な検査となっています。**

(保険自己負担約1,100円・品川区検診対象者は無料)

## 【12】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