

問診票

中原クリニック

ID: _____

来院日: _____年 _____月 _____日

フリガナ		生年月日	S・H・R	年	月	日 (歳)
氏名		身長	cm	・	体重	Kg
住所	〒	携帯TEL:				
		アドレス:				
職業		職場TEL:				

* 当院より電話や郵送などでご連絡する場合に、当院の名前を出してもよろしいですか [はい・いいえ]

〈本日の来院理由についてあてはまる項目にチェックまたは記入してください〉

子供がほしい (本問診票とは別に不妊症関連の問診票にも記入してください)

妊娠の可能性が有る [市販の妊娠反応 (+ -) ・ 使用していない]

現在妊娠中である (他医院にて診断されている) [現在妊娠 _____ 週・出産予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日]

避妊の相談がしたい [緊急避妊希望 () 時間経過 ・ ピル ・ リング (子宮内避妊器具)]

月経の異常 月経をずらしたい [避けたい期間 (/ ~ /)]

性病が心配 不正出血がある おりものの異常 陰部のかゆみ 下腹部痛 ・ 腰痛

子宮がん検診の希望 尿の調子が悪い [頻尿 ・ 排尿時痛] ブライダルチェック

更年期障害 [ほてり ・ 発汗 ・ イライラ] その他 ()

〈月経についてあてはまる項目にチェックまたは記入してください〉

初潮年齢: _____ 歳頃 一番最近の月経: _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 閉経: _____ 歳

月経は [規則 (周期 _____ 日型) ・ 不規則 (_____ 日~ _____ 日型)]

月経前に付着程度の出血がある 月経量が [多い・少ない] 月経と月経の間に出血がある 月経が来ない

普段の生理痛は日常生活に支障を来すほどひどいですか [いいえ ・ はい (薬の服薬: あり・なし)]

〈がん検診について〉

子宮がん検診を受けたことがありますか [いいえ・はい (西暦 _____ 年頃 結果: 異常なし・異常あり)]

乳がん検診を受けたことがありますか [いいえ・はい (西暦 _____ 年頃 結果: 異常なし・異常あり)]

〈性交渉 (セックス) の経験はありますか〉 [はい・いいえ] 〈結婚していますか〉 [はい・いいえ]

〈妊娠、出産について〉

妊娠 (_____) 回 分娩 (_____) 回 流産 (_____) 回 中絶 (_____) 回

年月	週数	出生体重	性別	分娩経過	医療機関名
年 月	週	g	男 女	経膈分娩・帝王切開・鉗子・吸引・流産・早産・中絶	
年 月	週	g	男 女	経膈分娩・帝王切開・鉗子・吸引・流産・早産・中絶	
年 月	週	g	男 女	経膈分娩・帝王切開・鉗子・吸引・流産・早産・中絶	
年 月	週	g	男 女	経膈分娩・帝王切開・鉗子・吸引・流産・早産・中絶	
年 月	週	g	男 女	経膈分娩・帝王切開・鉗子・吸引・流産・早産・中絶	

〈現在・今までにかかったことのある病気について〉

これまでににかかった主な病気 [高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・貧血・喘息・緑内障・肝炎・その他 ()]

現在治療中の病気 [ない ・ ある ()]

現在服薬中の薬 [ない ・ ある ()]

これまでに手術をしたことがありますか [いいえ ・ はい ()]

〈アレルギーについて〉

[ない ・ ある (蕁麻疹・アトピー性皮膚炎・花粉症)]

食物 薬物 その他 _____

血圧 / 検尿: 蛋白 () 尿糖 ()