

問 診 票

年 月 日

ふりがな 氏 名		生年月日	T・S・H・R	年	月	日	才
現住所	〒						
自宅Tel		携帯番号					
夫・パートナー	なし ・ あり		入籍日	年 月			
職業	会社員・主婦・学生・無職・他（ ）						

今日はどのような理由で来院されましたか？

- 妊娠 検査薬を 検査した（ 月 日 陽性・陰性） / 検査していない
妊婦健診 分娩予定日 年 月 日
生理不順 生理痛
不正出血 生理の量の異常
おりもの 下腹痛
性病検査 かゆみ
PMS 《月経前緊張症》 生理をずらしたい
不妊の相談 他院受診（ なし ・ あり ） 更年期症状
避妊の相談（ 低用量ピル ・ アフターピル ） おっぱいトラブル
レディースドック 乳がん検診
排尿の異常（ 頻尿 ・ 排尿痛 ・ 残尿感 ・ 尿もれ ）
子宮がん検診 市町村(公費)がん検診 ※医師の判断により保険に変更となる場合がございます
その他(内容をお書きください)
 ()

診察を希望する医師名（ 院長・藤井医師・丸山医師・希望なし ）

あなたの健康上のことについてご記入ください。身長 _____ cm 体重 _____ kg

- 今までかかった大きな病気 なし ・ あり（ ）
 現在治療中の病気 なし ・ あり（ ）
 現在服用中の薬 なし ・ あり（ ）
 今まで受けた手術 なし ・ あり（ ）
 輸血を受けたことが なし ・ あり（ ）
 血縁関係の方の病気 なし ・ あり（ ）
 アレルギー なし ・ あり（ ）
 喘息 なし ・ あり（ ）
 子宮がん検診を受けたことがありますか？ なし ・ あり（ 年 月）

初潮（ 才） 最終月経 年 月 日から 日間 閉経（ 才）
 月経周期 順・不順（ 日周期） 生理痛（ 強 ・ ふつう ・ 弱 ・ なし ）
 性交経験 なし ・ あり
 妊娠歴 妊娠（ ）回 流産（ ）回 中絶（ ）回

	分娩年月日	性別	体重	分娩の種類	分娩場所
1)	S・H・R 年 月 日 週	男・女	g	経膣・帝王切開	当院・他院
2)	S・H・R 年 月 日 週	男・女	g	経膣・帝王切開	当院・他院
3)	S・H・R 年 月 日 週	男・女	g	経膣・帝王切開	当院・他院
4)	S・H・R 年 月 日 週	男・女	g	経膣・帝王切開	当院・他院

どのようなきっかけで当院を知りましたか？

- () 病院の広報やホームページ () 他院からの紹介 () 近所 () その他
 () ご家族や知人の紹介 紹介者→