

レディースクリニック 古川 問診表

No. _____

フリガナ ()

お名前 () 年齢() 才)

〒 _____

ご住所 ()

電話番号 () _____

病院からお電話する際の電話番号 () _____

※同上の際は記入不要

身長() cm) 体重() kg)

1. 本日受診された理由に○印をつけて下さい。

- ・ 妊娠かどうか
- ・ 生理の異常 (生理以外の出血、生理不順、生理痛)
- ・ 陰部が (かゆい、痛い)
- ・ 下腹部が痛い
- ・ ブライダルチェック希望
- ・ 頭痛、めまい、のぼせ、いらいら
- ・ その他 ()
- ・ 不妊相談
- ・ おりものの異常
- ・ 癌検診 (子宮、卵巣)
- ・ 排尿の異常
- ・ しこり (下腹部、陰部) がある
- ・ 現在妊娠中である (予定日 月 日)

2. 他院ですでに診察・治療を受けていますか？

- ・ いいえ
- ・ はい (病院名) (診断名)

3. 生理についてお答え下さい。

- ・ 何日ごとにきますか () 日
- ・ 不規則な方 () 日 ~ () 日
- ・ かたまりは出ますか？ (出る、出ない)
- ・ 最近の生理はいつでしたか？ () 月 日 ~ () 日間
- ・ 初めての生理(初潮)は何才？ () 才
- ・ 何日続きますか () 日
- ・ 量は (多い、普通、少量)
- ・ 生理痛は？ (なし、腰痛、腹痛)
- ・ 閉経された方は () 才より

4. 結婚されていますか？ (はい、いいえ)

「はい」の方:いつですか？ () 年 () 月 御主人の年齢 () 才
「いいえ」の方:性交体験はありますか？ (はい、いいえ) 結婚の予定が (ある、ない)

5. お産の経験のある方はできるだけ詳しく、お書き下さい。

- 1) 年 月 (男、女) () g (生、死) 分娩は (正常、異常)
分娩場所() 病院)
- 2) 年 月 (男、女) () g (生、死) 分娩は (正常、異常)
分娩場所() 病院)
- 3) 年 月 (男、女) () g (生、死) 分娩は (正常、異常)
分娩場所() 病院)
- 4) 流産・人工妊娠中絶の回数をお教え下さい。
流産: () 回 人工妊娠中絶: () 回

6. 特異体質や薬のアレルギーはありますか？ (はい、いいえ)

「はい」の方:どのような薬ですか？ ()

7. 今までに大きな病気をしたり、入院や手術をしたことがありますか？あれば、お教え下さい。

(病名:)
(手術:)

8. 御家族で大きな病気や遺伝性の病気の方がいらっしゃれば、お教え下さい。

()

9. この病院をどの様にしてお知りになりましたか？

紹介、日赤、噂、広告、その他()