

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな	戸籍と同じ御名前を	生年月日 T・S・H	年 月 日
お名前	楷書で御書き下さい。	※島内にお住みの方は 島内実家のご連絡先をご記入下さい。	
〒		お名前	
住所	身長 cm	ご住所	
電話番号	体重 kg	電話番号	

1.来院された理由が下記の欄に当てはまるならば、○印をつけて下さい。

- ・下部腹痛(月 日から)
- ・腰痛
- ・おりものが多い
- ・かゆい
- ・生理以外の出血(月 日より)
- ・がん検診希望・・・前回の検査(月 日)
- ・排尿の異常(尿をする時痛い、残った感じがある、何回もトイレに行く)
- ・避妊をしたい(ピル希望・リングの挿入・リングの交換<前回 年に挿入>)
- ・子供が欲しい(産み分けを希望する<男・女>・希望しない)
- ・生理がない(市販の検査薬で調べた場合<月 日>、<陽性・陰性>
出産(する・しない) 当院は、分娩の取扱いは致しておりません。
- ・生理をづらしたい(避けたい日・・・ 月 日から 日間)
- ・更年期の相談(のぼせ・発汗・冷え・肩こり・頭痛・めまい・憂うつ・不眠・不安) ・プラセンタ希望
- ・その他(

2.生理について

- ・初経は()才の時
- ・閉経は()才の時
- ・最近の生理は 月 日 から 日間(いつもと同じ・違う)
- ・その前の生理は 月 日 から 日間
- ・順調にある → 日周期で 日間
- ・不順である → (おくれる・早くなる・まちまち)
- ・生理痛は(ない・腹痛・腰痛)
- ・生理の出血量は(ふつう・多い・少ない)

3.今までの妊娠・分娩について

妊娠したことがありますか？(はい・いいえ)

第1子	年 月	早産・正期産・帝王切開・死産	g 男・女 産名()
第2子	年 月	早産・正期産・帝王切開・死産	g 男・女 産名()
第3子	年 月	早産・正期産・帝王切開・死産	g 男・女 産名()

・中絶()回 ・流産()回

4.あなたは

未婚
既婚:結婚(S・H 年 才の時) 離婚した

- 5. ・現在、内服中の薬はありますか？・・・ある()・ない
- ・今までかかった病気・手術・ぜんそく等・・・ある()・ない
- ・アレルギーがありますか？<薬・食べ物等>・・・ある()・ない
- ・血縁の家族にがん・糖尿病・高血圧・その他の遺伝疾患がありますか？
ある() ・ ない
- ・喫煙 はい・・・1日()本 ・ いいえ
- ・飲酒・・・はい() ・ いいえ

患者様をご記入下さい

※戸籍と同じお名前を楷書でご記入下さい

ふりがな	
氏名	

緊急時連絡についての同意書

個人情報保護法の施行により、医療機関からの電話連絡ができないことになっております。
大変恐れ入りますが、当クリニックよりの緊急時などの連絡には下記の番号にご連絡させていただきます。

優先順位

- () 自宅(— —)
() 携帯(— —)
() 職場(— —)

上記に同意致します レディースクリニック院長殿 署名 署名 印

↓↓↓↓ 下段以降のご記入は必要ありません

	保険証	自筆	カルテ
確認者1			
確認者2			
確認者3			

	保険証	カルテ	診察券	問診票	住所	電話番号	患者様
確認者1							
確認者2							
確認者3							