

当院を初めて受診される方への問診票

フリガナ

お名前 _____ 様 生年月日 (S/H) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

現住所 〒 _____

お電話 (_____) _____ 携帯 (_____) _____

◆受診された理由（主な症状）に、チェックを付けてください。（複数チェック可）

<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性 市販の妊娠検査薬を施行した方 → 月 _____ 日 _____ (陽性・陰性) 出産の意向はありますか？ {ある・考慮中・なし (中絶手術希望) }		
<input type="checkbox"/> 月経（生理）にまつわるトラブル <input type="checkbox"/> 生理が遅れている <input type="checkbox"/> 生理不順 <input type="checkbox"/> 量が多い <input type="checkbox"/> 量が少ない <input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
<input type="checkbox"/> 生理以外の（異常な）出血	<input type="checkbox"/> 腹痛	
<input type="checkbox"/> 婦人科検診／子宮がん検診	<input type="checkbox"/> ブライダルチェック	
<input type="checkbox"/> 他院での検診で異常ありと言われたため、精査希望		
<input type="checkbox"/> おりものが多い	<input type="checkbox"/> 外陰のかゆみ	<input type="checkbox"/> 外陰の痛みや腫れ
<input type="checkbox"/> 性感染症検査	<input type="checkbox"/> 生理をずらしたい（生理調節希望）	
<input type="checkbox"/> 避妊 → (<input type="checkbox"/> 低用量ピル <input type="checkbox"/> 子宮内リング <input type="checkbox"/> 緊急避妊)	<input type="checkbox"/> 不妊相談	
<input type="checkbox"/> その他（具体的にお書き下さい）		

◆性交渉（セックス）の経験はありますか？（はい・いいえ）

※ 内診について

診療にあたっては、婦人科的な診察（内診）の必要な場合が多いですが、受診理由によっては、内診が不要な場合もあります。それ以外でも、どうしても内診を受けたくない方は、() 内に○を記入してください。()

◆結婚していますか。(1. 既婚 2. 未婚 3. 離婚)

結婚したのは _____ 年 _____ 月 (_____ 歳の時)

ご主人は健康ですか。(はい いいえ)

◆月経（生理）についておたずねします。

初潮は _____ 歳, _____ 歳で閉経した（閉経後の方のみ記入）

最近の生理は _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日まで

生理は毎月きちんと（定期的に）来ますか？ (来る ・ 来ない)

周期（前月の生理初日から翌月の生理初日までの日数）は _____ ～ _____ 日

量は (1. ふつう 2. 少ない 3. 多い 4. 多い時と少ない時と差が大きい

5. だんだん多くなってきた) と思う

生理痛は (1. 強くない 2. 時々強い 3. いつも強い 4. だんだん強くなってきた)

(次頁にもお書き下さい)

◆今までの妊娠についてご記入下さい。

出産は _____回 お子さんは_____人

1. _____年, (満期産 早産) (____週) _____グラムの (男 女) 児
(1. 正常分娩 2. 帝王切開 3. 吸引分娩 4. 異常出血 5. 産褥熱 6. その他の異常)
2. _____年, (満期産 早産) (____週) _____グラムの (男 女) 児
(1. 正常分娩 2. 帝王切開 3. 吸引分娩 4. 異常出血 5. 産褥熱 6. その他の異常)
3. _____年, (満期産 早産) (____週) _____グラムの (男 女) 児
(1. 正常分娩 2. 帝王切開 3. 吸引分娩 4. 異常出血 5. 産褥熱 6. その他の異常)

流産は _____回 (最後は_____年____月)

中絶は _____回 (最後は _____年____月)

その他の異常妊娠 (子宮外妊娠・胎状奇胎など) ()

◆何か大きな病気や手術をしたことがありますか。 (ない ある)

- () 歳 ()
() 歳 ()
() 歳 ()

◆喘息の既往 (ない ある)

◆輸血を受けたことはありますか。 (ない ある)

◆薬のアレルギーはありますか。 (ない ある) ()

◆たばこを吸われますか。 (いいえ はい) (1日 本ぐらい)

◆あなた自身のご両親や血縁の方に以下の方がおられましたら、○を付けて下さい。

高血圧症 糖尿病 結核 遺伝病 ()

子宮癌 卵巣癌 乳癌 その他の癌 ()

それはどなたですか。 ()

◆よろしければ、当院を選ばれた理由をお聞かせください。(複数回答可)

1. 家が近い
2. 通勤等でアクセスが便利
3. 近所の評判を聞いて
4. 自分が生まれた施設だから
5. 紹介された (1) 身内から (2) 友人から (3) 他院から
紹介者 () 様
6. 看板を見て
7. 市バスのアナウンスを聞いて
8. 当院ホームページを見て (パソコン, スマートフォン)
* 検索ワード ()
* 口コミサイトで知った (サイト名:)
9. その他 ()