

一般問診票

年 月 日



当院ではご提供いただいた個人情報は医療サービスの提供、医療保険事務などの目的に特定して利用させて頂きます。したがって個人情報が外部に漏れることはありません。以下の質問にお答えください。

ふりがな 氏名	年 月 日生 才			
	身長	cm	体重	kg
〒 ご住所	電話番号	自宅		
		携帯		

※当院より電話、郵送などご連絡する場合、病院名を出してもよろしいですか? はい / いいえ

- 結婚していますか いいえ / はい (年 月)
- 職業 : ()
- ご両親やご兄弟で遺伝性の病気、癌等にかかった方はいらっしゃいますか
いいえ / はい 続柄 () 病名 ()
- 現在、通院中の方はご記入ください
疾患名 () 病院名 ()
- 現在、内服している薬はありますか
いいえ / はい (薬名)
- アレルギーがある方はご記入ください
薬名 () / 食物 () / その他 ()
- これまでに下記のような病気にかかったことがありますか (重複可)
 癌 () 結核 糖尿病 心疾患 高血圧 喘息 腎疾患 甲状腺疾患
 肝疾患 リウマチ 精神疾患 子宮内膜症 子宮筋腫 クラミジア 淋病 梅毒
 B型肝炎 C型肝炎 その他 ()
- 入院したことがありますか ない / ある (ある方は下記にご記入ください)
いつ頃 (年 月) 病名 () 病院名 ()
- 手術したことがありますか ない / ある (ある方は下記にご記入ください)
いつ頃 (年 月) 病名 () 病院名 ()
- 喫煙 : 無 / 有 (本 / 日)
- 月経について
 - ①初潮 : (才) 閉経 : (才)
 - ②月経周期 : 順調 (日周期) / 不順 持続日数 日間
最終生理 年 月 日から 日間
その前 年 月 日から 日間
 - ③月経量 : 多量 / 中等量 / 少量
 - ④生理痛はありますか : 下腹痛 / 腰痛 / 頭痛 / その他 ()
 - ⑤鎮痛剤は服用しますか : いいえ / はい (薬名:)
- 性交渉の経験がありますか : はい / いいえ
- 経腔的に診察 (内診) してもよろしいですか : はい / いいえ



14. 妊娠・出産歴 ない / ある (ある方は下記の表にご記入ください)

妊娠または出産	妊娠週数	分娩経過	病院名	出生児
① 年 月 才	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.死産 4.流産 5.早産 6.中絶		g 男/女 健/否
② 年 月 才	週	1 2 3 4 5 6		g 男/女 健/否
③ 年 月 才	週	1 2 3 4 5 6		g 男/女 健/否
④ 年 月 才	週	1 2 3 4 5 6		g 男/女 健/否

15. 本日の診察の目的をお選びください

保険診療	①おりものの異常 (かゆみ・量・色・臭い・その他) ②不正出血 ③生理痛・PMS ④腹痛・腰痛 ⑤月経不順 ⑥月経がとまった ⑦更年期症状 (ほてり・肩こり・頭痛・その他) ⑧膀胱炎症状 (排尿時の痛み・頻尿・血尿・その他) ⑨定期検診 (子宮がん・子宮筋腫・その他) ⑩その他 ()
自費診療	①妊娠かどうか (出産 : 希望する / 希望しない / 相談) 自宅妊娠判定を : していない / した (月 日) 陽性 / 陰性 ②避妊の相談 : 経口避妊薬 (OC) / リング / モーニングアフターピル (緊急避妊) / その他 () ③月経をずらしたい : 避けたい期間 (月 日 ~ 月 日) ④レディースドック (ブライダルチェック / 感染症検査 / 更年期チェック / ソイチェック など) ⑤子宮がん検診 : 名古屋市に住民票がある方 / その他 ⑥その他 ()

※基本的に同日、保険と自費の混合診療は行えませんのでご了承ください。

16. 当院はどの様にお知りになりましたか。

- 知人紹介 本 新聞 地下鉄広告 病院の紹介 インターネット
 その他 ()

17. その他、何かありましたらご自由にお書きください。