

# 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いただきます。従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下さい。

ふりがな 氏名	年 月 日生 才		
	身長	c m	体重 k g
〒 ご住所  住民票が名古屋市に ある ・ ない	電話番号	自宅	
		携帯 ※基本的にはこちらにご連絡します	

※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？ 郵送 はい / いいえ  
携帯電話 はい / いいえ

- 結婚していますか いいえ (未婚・離婚・死別) / 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 ) 病院名 ( )
- アレルギーがある方はご記入ください  
薬名 ( ) 食品 ( ) 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
- 過去1年以内に子宮がん検診を受けたことがありますか いいえ / はい ( 年 月頃)

裏面もあります

15. 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

16. 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 (排尿痛の痛み・頻尿・血尿・その他 ) ⑨ 定期健診 (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) 自宅で妊娠判定を : 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 (プライダルチェック / 感染症検査 / 更年期チェック / ソイチェック) 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。

17. 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 ( )

18. 過去にB型肝炎・C型肝炎の採血をして、結果異常があったと言われたことがありますか

ある / ない

19. その他、何かありましたらご自由にお書きください