

# 花岡レディースクリニック問診票

当院を初めて受診される方、または、しばらく受診の間隔が空いた方は以下のご質問にお答えください。  
なおこの用紙、及びこちらで得た情報は当院にて責任をもって管理いたします。

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 ( ) 歳 職業 ( )

住所 〒 \_\_\_\_\_ 携帯番号 ( ) 自宅番号 ( )

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

## 1、今日はこういったことで受診されましたか。□にしを入れてください。

<b>&lt;産科を受診の方&gt; ■子宮頸がん検診歴 (無 ・ 有：前回 _____ 年前、実施病院： _____ )</b>	
<input type="checkbox"/> 妊娠の確認 (妊娠継続希望・妊娠継続未定・中絶希望)	<input type="checkbox"/> 里帰り等の分娩予約 予定日 ( / ) 実家 _____ 市 _____ 県 _____
<input type="checkbox"/> 市販のテスト (未・済：陽性・陰性)	<input type="checkbox"/> 妊婦健診中のクリニック ( _____ )
<input type="checkbox"/> 分娩はどちらで希望されますか (当院・里帰り・未定)	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

<b>&lt;婦人科を受診の方&gt; ■子宮頸がん検診歴 (無 ・ 有：前回 _____ 年前、実施病院： _____ )</b>	
<input type="checkbox"/> 月経の異常 (不順・多い・少ない・長い・短い・こない)	<input type="checkbox"/> 外陰部にできものが気になる (痛み： 無 ・ 有 )
<input type="checkbox"/> 不正出血がある	<input type="checkbox"/> 外陰部にかゆみがある (おりもの： 無 ・ 有 )
<input type="checkbox"/> 生理痛が強い (内服薬： _____ 効果： 無 ・ 有)	<input type="checkbox"/> 更年期症状が気になる (症状： _____ )
<input type="checkbox"/> お腹が痛い ( 右 ・ 中央 ・ 左 )	<input type="checkbox"/> 子供が欲しい (治療歴 有 ・ 無： 結婚 _____ 年 _____ 月)
<input type="checkbox"/> おりものの異常 ( 多い ・ におい ・ その他 )	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
<input type="checkbox"/> おりものの色は何色ですか ( _____ )	

<b>&lt;検査・検診ご希望の方&gt; ※以下の項目は自費になる可能性もありますのでご了承下さい。</b>	
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (頸がん・体がん)	<input type="checkbox"/> 性病検査 (検査項目： _____ ・ Drと相談希望)
<input type="checkbox"/> 子宮頸がんワクチン (中学生～45歳まで対象)	<input type="checkbox"/> プライダル検診
<input type="checkbox"/> 避妊の相談 (避妊リング・低用量ピル)	<input type="checkbox"/> アフターピルの処方 ( _____ 月 _____ 日 時間 _____ : _____ )
<input type="checkbox"/> 生理日の変更 (目的： _____ のため)	

※ 乳房検診は行っておりません。

## 2、月経などについてお聞きします。

- ①最終月経 (直近の生理) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 閉経 ( ) 歳
- ②月経周期 ( 順調 \_\_\_\_\_ 日型・ 不順 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 日型)
- ③結婚 ( ) 歳 ・ 未婚 (結婚予定あり ・ なし) ・ 離婚 ・ 再婚 ( ) 歳  
夫：現在 ( ) 歳 (S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 生まれ)
- ④性交渉の経験 ( 有 ・ 無 )

## 3、妊娠・分娩歴についてご記入ください。

妊娠 ( ) 回、出産 ( ) 回、流産 ( ) 回、中絶 ( ) 回、その他 ( )

生年月日	分娩様式など	体重	性別	病院名
S・H・R _____ 年 _____ 月	正常分娩・帝王切開・その他 ( _____ )	g		
S・H・R _____ 年 _____ 月	正常分娩・帝王切開・その他 ( _____ )	g		
S・H・R _____ 年 _____ 月	正常分娩・帝王切開・その他 ( _____ )	g		
S・H・R _____ 年 _____ 月	正常分娩・帝王切開・その他 ( _____ )	g		

4、今までに大きな病気になられたことはありますか。 (手術・心臓病・糖尿病・甲状腺の病気・喘息など)  
なし ・ あり (病名： \_\_\_\_\_ 歳時 飲んでいる薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

5、今まで薬や食べ物でアレルギーや蕁麻疹が出たことはありますか。  
なし ・ あり (どんなもので \_\_\_\_\_ )

6、たばこは吸われますか。  
いいえ ・ はい (1日何本吸われますか。 \_\_\_\_\_ 本)

7、血縁者の中でご病気を持っている方はおられますか。 (例：母が卵巣腫瘍で手術、兄が糖尿病など)  
( \_\_\_\_\_ )

以上です。記入が終わりましたら受付までお渡し頂き、お呼びするまでしばらくお待ちくださいませ。