

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。

<産科を受診の方>

妊娠の確認 (妊娠継続希望・妊娠継続未定・中絶希望) 里帰り等の分娩予約 予定日 (/) 実家 市
市販のテスト (未・済 : 陽性・陰性) 妊婦健診中のクリニック (: 県)
分娩はどちらで希望されますか (当院・里帰り・未定) その他 ()

<婦人科を受診の方> ■子宮頸がん検診歴 (無 ・ 有 : 前回 年前、実施病院 :)

月経の異常 (不順・多い・少ない・長い・短い・こない) 外陰部にできものが気になる (痛み : 無 ・ 有)
 不正出血がある 外陰部にかゆみがある (おりもの : 無 ・ 有)
 生理痛が強い (薬 : 効果 : 無 ・ 有) 更年期症状が気になる (症状 :)
 お腹が痛い (右 ・ 中央 ・ 左) 子供が欲しい (治療歴 有・無 : 結婚 年 月)
 おりものの異常 (多い ・ におい ・ その他) 生理日の変更 (目的 : のため)
おりものの色は何色ですか () その他 ()

<検査・検診ご希望の方> ※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。

子宮がん検診 (頸がん・体がん) 性病検査 (検査項目 : ・ Drと相談希望)
 子宮頸がんワクチン (中学生~45歳まで対象) プライダル検診
 避妊の相談 (避妊リング・低用量ピル) アフターピルの処方 (月 日 時間 :)

※ 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 (始まった日) _____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 健 ・ 否 ()
- 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。