

問診票

住所	〒 _____	職業	
(フリガナ) 氏名	生年月日：大正・昭和・平成 _____年 _____月 _____日 (西暦 _____年) 【 _____歳】		
連絡先	携帯	自宅	帰省先・実家(里帰り分娩など)

1 今日どのようなことでおいでになりましたか？(当てはまる項目にいくつでも○をつけてください)

- | | | |
|---------------------|---------------------|-----------------|
| 1. 妊娠しているかどうか | 9. 月経が遅れている | 17. 検診(頸がん・頸部) |
| 2. お腹が痛い・腰が痛い | 10. 月経不順 | 18. 検診(体がん・体部) |
| 3. 生理痛・月経の時の痛み | 11. 乳腺のしこり・痛み・発赤 | 19. 検診(乳がん・甲状腺) |
| 4. 月経(生理)以外で出血があった | 12. 更年期障害に関する相談・治療 | 20. 骨粗鬆症検診・骨密度 |
| 5. 陰部がかゆい・痛い・ヒリヒリする | 13. おりものが多い・気になる | 21. 避妊相談(ピル希望) |
| 6. 性病が気になる(STD) | 14. 尿が近い・痛い・もれる・残尿感 | 22. 里帰り分娩の希望 |
| 7. 赤ちゃんが欲しい(妊娠希望) | 15. 妊娠できるかどうかの検査 | 23. 風邪・体調が悪いなど |
| 8. 頸がん予防ワクチンの希望 | 16. セカンドオピニオン | 24. その他() |

2 いつ頃からお気づきになりましたか？

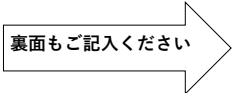
(_____日前、 _____月前、 _____年前) (たまに、ときどき、いつも)

3 月経(生理)について

- (1) 初めての月経は(_____歳)、まだ一度も来ていない
- (2) 月経周期：月経が始まった日から次の月経が始まるまで
 順調・ほぼ順調(_____日間)・不順(短いとき _____日間～長いとき _____日間)
- (3) 月経期間 月経が始まった日から終わるまで(_____日間)くらい続く
- (4) 月経の量 (レバーのようなかたまりが出る・多い・普通・少ない)
- (5) 月経の時に痛みますか？ (はい：下腹部痛・腰痛・頭痛・少ない)
- (6) 最近の月経は _____月 _____日より _____日間
- (7) その前の月経は _____月 _____日より _____日間
- (8) 基礎体温 (測っていない・測っている)
- (9) (閉経した方) 閉経の年齢は (_____歳)

4 結婚・妊娠・分娩について

- (1) 結婚していますか？ はい(当時 _____歳)・いいえ・離婚・再婚(当時 _____歳)
- (2) 性交(セックス)の経験がありますか？ (はい・いいえ)
- (3) 妊娠したことはありますか？ (はい・いいえ)
 - ① _____歳(分娩・帝王切開・流産・中絶) _____週(男・女) _____g (_____病院)
 - ② _____歳(分娩・帝王切開・流産・中絶) _____週(男・女) _____g (_____病院)
 - ③ _____歳(分娩・帝王切開・流産・中絶) _____週(男・女) _____g (_____病院)
 - ④ _____歳(分娩・帝王切開・流産・中絶) _____週(男・女) _____g (_____病院)
 - ⑤ _____歳(分娩・帝王切開・流産・中絶) _____週(男・女) _____g (_____病院)



5 今までに大きな病気をしたことや手術を受けたことがありますか？ (ある・ない)

「ある」の場合、いつ頃にどんな病気や手術でしたか？

6 他の病院・医院・クリニックで診てもらったことはありますか？ (ある・ない)

「ある」の場合、いつ頃にどのような説明を受けましたか？ (_____ 病院・クリニック _____ 科)

7 現在、何か薬を飲んでいらっしゃいますか？ (いる・いない)

「いる」の場合、薬の名前わかりますか？

8 これまでに薬や食べ物でアレルギーなどの副作用を経験したことがありますか？ (ある・ない)

「ある」の場合、何でどのような症状が出ましたか？

9 ご家族やご親戚で、次のような病気の方がいらっしゃいますか？ それはどなたですか？

高血圧 ()	糖尿病 ()	脳卒中 ()
心臓病 ()	がん・悪性腫瘍 ()	喘息 ()
アレルギー ()	遺伝病 ()	その他 ()

10 今までに婦人科(子宮)がん検診をしたことがありますか？

「ある」の場合、(_____ 年前ごろ・毎年) 診療時に必要と考えられる場合にはおすすめする場合がございます

11 あなたのことについておたずねいたします

身長 (_____) cm、 体重 (_____) kg、 血液型 (A・B・O・AB) 型、 Rh式 ()

12 お酒を飲みますか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合、最近では平均して1日に(ビール・ワイン・日本酒・その他)を(_____ 本・ _____ 号・ _____ 杯)程度飲んでいる

13 たばこを吸いますか？ (はい・いいえ・やめた)

「はい」の場合、(_____ 年前、 _____ 歳)から、最近では平均して1日に(_____ 本)程度吸っている

14 何で当院をお知りになりましたか？(複数回答可能)

<input type="checkbox"/> 家族の進め	<input type="checkbox"/> 友人のすすめ	<input type="checkbox"/> ホームページ (<input type="checkbox"/> ホームページ (携帯)
<input type="checkbox"/> 他院からの紹介	<input type="checkbox"/> 新聞・雑誌	<input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 看板
<input type="checkbox"/> フリーペーパー・ちらし	<input type="checkbox"/> 村田産婦人科に通院していた	
<input type="checkbox"/> 当クリニックのスタッフの紹介 (スタッフ名 _____)		
<input type="checkbox"/> 以前に院長の診察を受けた (大学病院・市民病院・赤十字病院・中通病院・京野アート・NTT東北病院)		

15 クリニックからの連絡について ※個人情報は当院が診療に必要な用途以外には用いません

検診などの案内をご自宅に郵送しても良いですか？ (良い・悪い) 携帯メールなどは (良い・悪い)

※緊急時などのご自宅に連絡する際、医院名 (あきたレディースクリニック安田) 告げて良いですか？ (良い・悪い)