

予 診 用 紙

記載日 年 月 日

下記の質問事項に記入または○印をつけて下さい

氏名 年齢 才 職業

身長 cm 体重 kg 血液型 型 Rh BMI

\*再診の方にご質問です。

- ①保険証の変更はありますか？ → はい ・ いいえ
②ご住所・名字・電話番号等に変更はありますか？ → はい ・ いいえ

1. 今日いらした理由は何ですか？

<保険診療部門> 気になる症状・病名に○をつけてください

- \*月 経 ( 月経不順 ・ 月経痛 ・ 不正出血 ・ その他 )
\*おりもの( 増量 ・ 色が気になる ・ 臭いが気になる ・ その他 )
\*外陰部 ( かゆみ ・ 痛み ・ 違和感 ・ できもの ・ その他 )
\*腰 痛 \*下腹痛 \*排尿時痛 \*不 妊 \*骨密度測定
\*婦人科疾患 ( 子宮筋腫 ・ 子宮内膜症 ・ 卵巣嚢腫 ・ 更年期障害 )
\*その他 ( )

<自費診療部門> ご希望の項目に○をつけてください

- \*妊娠かどうか ( 市販の検査・・した( 陽性 ・ 陰性 ) 検査日 / ・していない )
\*不 育 (習慣流産)
\*低用量ピルの処方
\*月経予定変更(次の月経予定日 / ~)(避けたい日 / ~ / )(診察希望 有 ・ 無)
\*緊急避妊 (診察希望 有 ・ 無)\*診察の有無に関わらず、診療費用は変わりません
\*IUD・IUS ( 挿入 ・ 抜去 ・ 交換 ・ 定期検診 )
\*セカンドオピニオン (他院で受けた検査・診察について、当院医師の見解をお聞きになりたい)
\*その他 ( )

2. 月経についてお書きください。

最終月経 (西暦 年 月 日から 月 日 日間)

初経 (才) 閉経 (才) 月経周期・・・順・不順 (日型)

月経の持続日数 (日間) 月経量 ( 多い ・ 普通 ・ 少ない )

月経痛 (ある (鎮痛剤の内服 有 ・ 無) ・ なし)

3. 結婚などについてお書きください。

記載日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ID \_\_\_\_\_

性交経験の有無 (ある ・ なし)

↑検査方法が変わりますので必ずご記入ください

未婚 ・ 既婚 ( \_\_\_\_\_ 才の時) 夫の年齢 (現在 \_\_\_\_\_ 才)

4. 現在及び今までの妊娠・分娩についてお書きください。

現在妊娠している可能性はありますか? (あるかもしれない ・ まったくない)

分娩及び手術の年・月	経 過
年 月 ( 週)	自然分娩・吸引分娩・帝王切開・早産・子宮外妊娠・流産・人工流産
年 月 ( 週)	自然分娩・吸引分娩・帝王切開・早産・子宮外妊娠・流産・人工流産
年 月 ( 週)	自然分娩・吸引分娩・帝王切開・早産・子宮外妊娠・流産・人工流産
年 月 ( 週)	自然分娩・吸引分娩・帝王切開・早産・子宮外妊娠・流産・人工流産
年 月 ( 週)	自然分娩・吸引分娩・帝王切開・早産・子宮外妊娠・流産・人工流産

5. 現在通院されている病気がありましたら、お書きください。

( \_\_\_\_\_ )

6. 現在常用されているお薬がありましたら、名前をお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

7. 今までにかかった病気はありますか?

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 高脂血症  
クラミジア ・ コンジローマ ・ ヘルペス ・ 肝炎 (B型・C型・その他)  
うつ病 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

8. 手術をしたことはありますか? ある ・ なし

子宮筋腫 ・ 卵巣嚢腫 ・ 卵巣腫瘍 ・ 虫垂炎 (盲腸炎)  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

9. アレルギーはありますか? ある ・ なし

薬剤 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 消毒薬 ( \_\_\_\_\_ )  
花粉症 ・ アトピー性皮膚炎

10. その他

煙草 \_\_\_\_\_ 本/日 ・ アルコール \_\_\_\_\_ ml/日 ・ 睡眠時間 \_\_\_\_\_ 時間 ・ 排便 \_\_\_\_\_ 回/日 ・ 排尿 \_\_\_\_\_ 回/日