

診察申込書および問診票

氏名

住所 〒

ふりがな

電話番号

携帯電話

生年月日 昭・平 年 月 日 年齢

主な連絡先 自宅 携帯

下記の質問に答えて受付にお渡し下さい。(あてはまるものにV印をつけて下さい)

I どうなさいましたか?

(いつから、どこに、どのような症状があるかお書きください)

- 緊急避妊(アフターピル)
- 月経調節(旅行・試験などの理由)
- OC(低用量ピル)の処方
- 避妊リングの挿入
- 人工妊娠中絶の希望
- 不妊相談・治療
- 性病検査
- 性生活の相談
- 妊婦健診の希望
- 分娩場所()

II あなたの月経(生理)について(閉経されている方は閉経年齢のみ記入してください)

初経(はじめての月経) 年齢()歳 閉経年齢()歳

最近の月経はいつでしたか? 月 日から 日間の出血

月経周期()日型 順調 不順 (周期とは月経開始日より次の月経開始の前日迄の日数)

普段の月経について 出血期間は? ()日間 出血量は(多い 普通 少ない)

月経痛はありますか? (はい いいえ) 痛み止めを使用しますか? (はい いいえ)

月経痛以外のつらい症状はありますか? (はい いいえ) (症状:

III あなたの

身長()cm 体重()kg 血液型は()型 RH()

1年以内に体重の大きな増減はありましたか? (変化なし 増えた 減った) () kg)

飲酒の習慣がありますか? (はい いいえ) (量は)

喫煙の習慣がありますか? (はい いいえ) (1日 本、喫煙期間 年間)

ご職業は?()

注意:裏面もご記入ください

IV あなたの結婚、妊娠、分娩について

性交(セックス)の経験がありますか？ (□はい □いいえ)

現在結婚されていますか？ (□している □していない □婚約中 □していた □永別)

妊娠経験のある方は次にお答え下さい。

分娩()回 自然流産()回 人工妊娠中絶()回 子宮外妊娠()回

年/月/日	週数	出生体重	性別	分娩様式	出産場所
/ /	週	g	□男 □女	□普通 □帝王切開	
/ /	週	g	□男 □女	□普通 □帝王切開	
/ /	週	g	□男 □女	□普通 □帝王切開	
/ /	週	g	□男 □女	□普通 □帝王切開	

V 今までにかかった大きな病気、持病など、受けた手術について(婦人科以外も含めて)

病気になったり手術をうけたことがありますか？(□はい □いいえ)(例:虫垂炎、B型肝炎 など)

主な病気は ()歳の時 ()

()歳の時 ()

受けた手術は ()歳の時 ()

アレルギー体質と医師にいわれたことがありますか？ (□はい □いいえ)

今まで使った薬や注射で副作用をおこしたことがありますか？ (□はい □いいえ)

ぜんそくにかかったことがありますか？ (□はい □いいえ)

輸血を受けたことがありますか？ (□はい □いいえ)

VI ご家族の中に特別な病気の人がありますか？ (□はい □いいえ)

病名と続柄 ()
 (例:母・高血圧)

VII 御主人またはパートナーについて

年齢()歳 職業() 健康状態 (□健康 □持病あり)

VIII 当院を知ったきっかけは？

- 家が近い
- ネット検索・ホームページ
- たまたま近くを通りがかった
- 知人に勧められた (紹介者)
- 広告媒体(駅・バスの広告)
- 折野産婦人科に通っていた
- タウンページ
- その他()