

## 問診票

記入日 年 月 日

お名前 <small>ふりがな</small>	生年月日 S・H・R 年 月 日	年齢 歳	携帯番号 — — 固定番号 ( ) —
現住所 (〒 — )		住民票のある住所 (〒 — ) 左記と同じ	
職業	結婚歴 未婚 ・ 婚約中 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別	身長 cm	体重 kg
既婚の方にお尋ねします 夫の年齢 歳 勤務先			
子宮頸がん検査の希望：あり ・ なし 最終検査日： 年 月 日 検査結果異常：あり ・ なし			
子宮・卵巣のエコー検査希望：あり ・ なし			
喫煙の習慣：あり ・ なし		性交経験：あり ・ なし	授乳中：はい ・ いいえ

◆本日来院された理由は何ですか ※当てはまる項目に☑つけてください。

- 妊娠診断：検査薬で調べた  はい ( 月 日) 結果 (陽性・陰性) ・  いいえ  
 妊娠の場合：当院で分娩希望・健診のみ希望・分娩場所未定・中絶希望・妊娠継続未定  
 現在妊娠中：分娩予定日 月 日 (本日 週 日)  
 他院での最終健診日 ( 月 日) 病院名 ( )  
 不正出血 (不正出血時期 月 日～ 月 日)  
 月経不順  月経痛  おりものがきになる (量が多い・色 ( 色) ・におい)  
 性交痛  膀胱炎症状  陰部：かゆみ・痛み  腹痛 (上腹部・臍周囲・下腹部)  
 しこりがある：(腹部・陰部)  性病検査  更年期症状 ( )  
 月経をずらしたい (月経を避けたい期間 月 日～ 月 日)  
 避妊相談：(リング希望・リング定期健診・低用量ピル希望・アフターピル希望)  
 ※アフターピルの希望の方は性交渉の日時を教えてください ( 月 日 時頃)  
 ブライダルチェック  不妊 (相談・検査・治療) ※不妊外来は初めてですか (はい・いいえ)  
 その他 ( )

◆月経について教えてください。

初潮	歳	閉経	歳	月経周期	規則的 ( 日周期) ・ 不規則
月経量 多い・普通・少ない		月経痛 あり (鎮痛薬 ) ・我慢できる ・なし			
最終月経		月 日～ ( 日間)			

◆妊娠されたことがありますか (はい・いいえ)

自然流産 回、人工中絶 回

出産年月日	週数	性別	分娩方法	出生体重	施設
			正常・吸引・無痛・帝王切開・子宮外妊娠	g	
			正常・吸引・無痛・帝王切開・子宮外妊娠	g	
			正常・吸引・無痛・帝王切開・子宮外妊娠	g	
			正常・吸引・無痛・帝王切開・子宮外妊娠	g	
			正常・吸引・無痛・帝王切開・子宮外妊娠	g	

裏へ

◆下記の病気に、現在または今までにかかったことがありますか

※「はい」の方は、当てはまる項目に☑してください。

糖尿病 高血圧 心臓病 甲状腺疾患 てんかん 婦人科疾患 膠原病 癌

腎臓病 精神疾患・心療内科受診歴 血栓症 緑内障

喘息（小児）（最終発作： \_\_\_\_\_ 治療中使用しているくすり： \_\_\_\_\_）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

◆上記の病気のうち☑をつけた方はお答え下さい。

病名（ \_\_\_\_\_ ）発症年齢（ \_\_\_\_\_ 歳）

完治 未治療 治療中 投薬（ \_\_\_\_\_ ）通院している病院（ \_\_\_\_\_ ）

病名（ \_\_\_\_\_ ）発症年齢（ \_\_\_\_\_ 歳）

完治 未治療 治療中 投薬（ \_\_\_\_\_ ）通院している病院（ \_\_\_\_\_ ）

◆手術をしたことはありますか（はい・いいえ）※「はい」の方はお答えください。

手術名： \_\_\_\_\_ （ \_\_\_\_\_ ）歳 病院名： \_\_\_\_\_

手術名： \_\_\_\_\_ （ \_\_\_\_\_ ）歳 病院名： \_\_\_\_\_

◆過去に輸血を受けたことはありますか（はい・いいえ）

いつ頃： \_\_\_\_\_ （ \_\_\_\_\_ ）歳 輸血理由（ \_\_\_\_\_ ）

◆アレルギーについてお答えください（アレルギーあり・アレルギーなし）

薬のアレルギー：お薬（ \_\_\_\_\_ ）症状（ \_\_\_\_\_ ）

食物アレルギー：食べ物（ \_\_\_\_\_ ）症状（ \_\_\_\_\_ ）

ゴムアレルギー：（あり・なし）

金属アレルギー：（あり・なし）

※「金属アレルギーあり」の方は診察時に使用する金属器具は使用してもよろしいですか（はい・いいえ）

その他のアレルギー： \_\_\_\_\_ （ \_\_\_\_\_ ）症状（ \_\_\_\_\_ ）

※当院では、検査の結果の説明には、原則として受診をお願いしています。（診療業務に支障をきたすため電話での問い合わせは実施しておりません）

子宮頸がんの検査結果を郵送希望の方には封筒への住所のご記入をお願いします。（福岡市の子宮頸癌健診以外の方は事務手数料220円頂きます）

※緊急時、異常があった場合は、携帯電話、固定電話に連絡をさせていただきます。

万一連絡がつかない場合は、ご自宅へ文書にて郵送させていただく事がありますので、ご了承ください。

子宮頸がん郵送希望： あり ・ なし

上記の記入間違いがなく、説明に了承いただきましたら、署名をお願いします。

署名 \_\_\_\_\_