

東池袋レディースクリニック 問診票

当院では診察を迅速かつ正確に行うため問診表への記入をお願いしております。ご協力ください。

ID No.

フリガナ	電話番号:		
お名前:	携帯番号:		
	身長:	cm	体重: kg
生年月日: T・S・H	年	月	日
	年齢:	歳	職業:
ご住所: 〒			

★印の質問は必ず記入をお願いします。該当しないもの、不明なものは、未記入で結構です。

★1、産婦人科の病気、不安な症状で、当院を受診された目的を記入してください。

()

★2、本日に最も近い生理開始日を記入してください。閉経 歳

最近の生理開始日 平成 年 月 日 ~ 月 日まで、日間

月経周期 (順調) 日に1度 / (不順) 日 ~ 日くらいでくる

★3、ご結婚されていますか? (はい ・ いいえ)

性交(SEX)の経験はありますか? (はい ・ いいえ)

※! 0回でも記入してください

妊娠 回 ・ 出産 回 ・ 自然流産 回 ・ 人工妊娠中絶 回

★4、婦人科のがん検診を受けたことはありますか? (はい ・ いいえ)

子宮頸がん 平成 年 月 / 乳がん 平成 年 月

5、低用量ピルをご希望の方にお伺いします。

①今までに低用量ピルを服用したことはありますか? (初めて ・ 服用したことがある)

②服用したことがある方にお伺いします。

種類 服用年数 年 ヶ月 処方された場所

③服用の目的に○をつけてください。

- ・避妊をしたい
- ・月経痛の緩和
- ・排卵痛の緩和
- ・月経不順を治したい
- ・月経前症候群の緩和

・その他

★別紙の問診票にも記入をお願いします。

6、緊急避妊用のアフターピルをご希望の方にお伺いします。

避妊に失敗されたのはいつですか? 平成 年 月 日 時頃

★保険の利かない自費診療のため、6,000円または16,000円となります。

7、月経をずらしたい方にお伺いします。

生理になりたくない日はいつですか? 平成 年 月 日 ~ 月 日まで

★保険の利かない自費診療のため、8,000円となります。

★2枚目に続きます。

8、膀胱炎症状がある方にお伺いします。

どのような症状がありますか？

・排尿時の痛み ・残尿感 ・頻尿 ・血尿 ・その他〔 〕

9、生理が遅れている方にお伺いします。

①妊娠の可能性はありますか？（はい ・ いいえ）

②妊娠の尿検査はしましたか？（陽性反応(+) ・ 陰性反応(-) ・ していない）

検査を行った日 月 日

③妊娠をされている場合、その後の方針はお決まりですか？

（出産を希望する ・ 出産を希望しない ・ 悩み中）

★スタッフ記入欄 妊娠 週 日 予定日 平成 年 月 日

10、性病・性感染症検査希望の方にお伺いします。

①検査の目的に○をつけてください。

・症状がある（かゆみ ・ 痛み ・ におい ・ その他〔 〕）

・症状はない（自費診療になることが多くなりますので、ご了承ください。）

・パートナーが感染した ・その他〔 〕

②希望の検査項目に○をつけてください

I. クラミジア II. 淋病 III. トリコモナス

IV. 梅毒 V. HIV(エイズ) VI. B型肝炎 VII. C型肝炎（IV～VIIは血液検査です）

★11、アレルギーについて

①抗生剤アレルギーはありますか？（はい ・ いいえ）

②採血で気分が悪くなることはありますか？（はい ・ いいえ）

③アルコール消毒で皮膚が発疹を起こすことはありますか？（はい ・ いいえ）

★その他のアレルギー ※特にない場合は なし と記入をお願いします。

★12、病歴について ※病歴が特にない場合は なし と記入をお願いします。

①過去のご病気について、記入してください。

病名 年齢 歳時

病名 年齢 歳時

②現在治療中のご病気について、記入してください。

病名

病名

③現在服用中のお薬がある方は、薬品名・目的を分かる範囲で記入してください。

13、本日は何をみてご来院されましたか？

・ホームページ ・携帯用ホームページ ・ご紹介(知人) ・ご紹介(医療機関)

・建物の看板 ・通りがかり ・その他〔 〕

※ ご記入後は、受付スタッフまでお渡しください。

※ 患者様の症状・ご予約の有無により、診察の順番が前後することがあります。ご了承ください。