

予 診 用 紙

記載日 2020 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)

G	A=
E	D C=

*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)

*診察の有無に関わらず、診療費用は変わりません

*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 2020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