

問診票

マイナ保険証による診療情報取得に同意します。

記入日 年 月 日

フリガナ 名前			生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
職業			婚姻歴	未婚・結婚予定・既婚(初婚・再婚)	
現住所	〒				
実家住所	〒				
連絡先	本人携帯		自宅		
緊急連絡先	夫・パートナー		続柄 ()		
身長		体重(普段の体重 または妊娠の方は妊娠前の体重)		血液型	型 Rh()
	cm		kg		

A、本日の来院目的について、当てはまるものに○で囲み、詳しく記入をお願いします

1. 妊娠の診察

- ・ 市販の妊娠反応テストは(した 月 日 反応 + / -) ・していない
- ・ 他院にて診察し、妊娠を確定している(病院名)
- ・ 妊娠確定後は (出産する ・ 中絶希望 ・ 未定)
- ・ 出産場所は (当院 ・ 他院：病院名 ・ 未定)

2. 月経の異常

- ・ 月経量の異常： 出血が止まらない ・ 出血量が多い ・ 出血量が少ない
- ・ 月経期間の異常：月経不順 ・ 月経が止まった ・ 月経が1ヵ月に2回以上ある
- ・ 月経痛がひどい
- ・ 月経前の症状が辛い(症状：)
- ・ 不正出血 (生理以外の出血)がある

3. おりものの異常

- ・ 量が多い ・ 量が少ない ・ 色が気になる(色) ・ 臭いがする

4. 外陰部・膣の異常

- ・ かゆみがある ・ 痛みがある ・ できものがある

5. 泌尿器の異常

- ・ 頻尿 ・ 残尿感 ・ 尿漏れ ・ 排尿時痛

2～5の方にお尋ねします。その症状はいつからですか？

()

6. 子宮頸がん検診 (最終検査日： 年 月 結果：)

7. 不妊の相談(今までに不妊治療を受けたことが ない ・ ある 病院名

8. 避妊の相談 ・ アフターピル希望(性行為日時： / 時)

9. 月経日の変更 (月経を避けたい期間： / から / まで)

10. 更年期障害の相談

11. 性感染症検査・ブライダルチェック

12. その他 ()

裏面の記入もお願いします。

