

問 診 票

年 月 日

次の事項にあてはまるものを○印でかこんでください

1. きょう診察に来られた理由は何ですか？

【保険診療】

- ・<月経, 出血> 月経が来ない 月経不順 月経痛がひどい 月経の量が多い
月経前の不調 月経以外の出血がある
- ・<痛み> 下腹痛 腰痛 頭痛 乳房痛
- ・<おりもの> 多い 色がおかしい 臭いが気になる 性病が心配
- ・<外陰部> かゆみ 腫れ できもの
- ・<病気が心配> 子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣腫瘍 更年期障害
- ・<癌が心配> 子宮頸癌 子宮体癌 卵巣癌 乳癌
- ・<骨粗鬆症> 骨密度測定
- ・<尿> 排尿痛 頻尿 血尿 尿もれ
- ・<ミレーナ>
- ・<プラセンタ注射>
- ・<セカンドオピニオン>

【自費診療】

- ・<低用量ピル>
- ・<子宮頸癌ワクチン・風疹ワクチン>
- ・<妊娠診断> (市販の妊娠検査 陽性 陰性 していない)
- ・<避妊相談> 緊急避妊
- ・<IUD・ミレーナ>
- ・<月経をずらしたい> (月 日から 月 日まで来ないように)
(次の月経開始予定日 月 日)
- ・<性感染症チェックセット>
- ・<骨密度検査> <動脈硬化検査>
- ・<高濃度ビタミンC点滴> <アンチエイジング点滴>
- ・<ドクターズサプリメント> <美容目的のプラセンタ注射>
- ・<インディバ>
- ・<ブライダルチェック> <女性特有の癌チェック>
- ・<レディースヘルスチェック> <ウィメンズヘルスチェック>
- ・その他、気になる事があれば具体的にご記入してください

()

2. 今までに子宮頸癌検診を受けたことがありますか？ (ある ・ ない)
最近受けられたのはいつですか ()
3. 薬・注射でアレルギー (湿疹・ショックなど) が出たことがありますか？ (ある・ない)
以下のアレルギーはありますか？ 薬剤名 ()
食物(ある・ない) アトピー性皮膚炎 (ある・ない) 花粉症(ある・ない)
消毒液 (ある・ない) その他 ()
4. 初めての生理は () 歳 閉経したのは () 歳
月経周期は (順・不順) で () 日間隔 () 日間
月経の量は (多い・ふつう・少ない) 月経痛 (ひどい・我慢できる・ない)
月経時に鎮痛剤を服用 (する・しない)
この前あった生理は () 月 () 日から () 月 () 日まで
その月経はいつもと比べて (多い・普通・少ない)
現在妊娠している可能性 (あるかもしれない・まったくない)
5. あなたは (未婚・既婚・離婚・再婚・死別) 未婚の方は、性交の経験 (ある・ない)
出産は () 回、帝王切開 () 回、流産 () 回、人工妊娠中絶 () 回
6. 今までにかかった病気はありますか？ (ある・ない)
手術はありますか？ (ある・ない)
癌・糖尿病・高血圧・心臓病・喘息・高脂血症・クラミジア・コンジローマ・ヘルペス
肝炎・その他 ()
7. 現在、薬または注射を常用していますか？ (はい：薬の名前 _____ ない)
8. 血のつながりのある親・姉妹・祖母に (子宮癌・卵巣癌・乳癌 _____ ある・ない)
9. 睡眠 (良好・不良) 便秘 () 日に () 回 煙草 (本/日・ない)
アルコール (_____ 程度・ない)
10. 姫路赤十字病院産婦人科で当クリニック院長の診察を受けたことが _____ (ある・ない)
- 11 当クリニックはどちらでお知りになりましたか？
 姫路赤十字病院 ホームページ 紹介 その他

身長 _____ cm 体重 _____ k g 血液型 _____ 型 Rh _____ 職業 _____