

## 問 診 表 / 診 療 申 込 書

以下は診療録（カルテ）を作成するために必要な項目ですので、出来る限りご記入下さい。

フリガナ \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 大・昭・平 年 月 日 年齢 歳  
住 所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_  
メールアドレス @ \_\_\_\_\_

以下の事項は、あなたの診療を速やかに進める上で大切な情報です。  
ご記入いただける部分だけで結構ですので、できるだけご記入下さい。

には当てはまるものに  を付けてください。

### 1 あなたについてお聞きします

身長 ( \_\_\_\_\_ ) cm 体重 ( \_\_\_\_\_ ) kg

ご職業 (  主婦  会社員  学生  その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

### 2 本日来院された理由は以下のどれですか？

月経（生理）の異常 (  月経が止まった  出血が少ない・多い  生理が短い・長い  周期が不順 )

月経痛が強い  月経と違う出血がある  月経前の不快な症状

下腹部痛がある  腰痛がある  おりものが気になる  かゆみがある

おしっこの異常 (  尿がちかい  尿が残った感じがする  尿をするとき痛い  尿が漏れる )

更年期障害（のぼせ感、ほてりなど）について

避妊について  緊急避妊  低用量ピルについて  月経を移動させたい

子供が欲しいが出来ない  男女生み分け希望

性病が心配、性病検査希望  婦人科がん検診を受けたい

定期検診（子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣嚢腫 他）

他院からの紹介  セカンドオピニオン（他院で受けている診療に対する相談）

その他 ( \_\_\_\_\_ )

妊娠かどうか知りたい（市販の妊娠診断薬を  おこなった (→  陽性  陰性)  おこなっていない)

現在妊娠中 (  妊婦健診希望  その他 )

人工妊娠中絶希望

### 3 月経についてお書き下さい

・月経が始まった年齢（初経）( \_\_\_\_\_ ) 歳頃 ・月経があがった年齢（閉経）( \_\_\_\_\_ ) 歳頃

・最後にあった月経は ( \_\_\_\_\_ ) 年 ( \_\_\_\_\_ ) 月 ( \_\_\_\_\_ ) 日から ( \_\_\_\_\_ ) 日間 (いつもと  同じ  ちがう)

・ふだんの月経は順調ですか？  順調 (  28日周期  30日周期  ( \_\_\_\_\_ ) 日周期 )  不順

・月経の量  多い  普通  少ない

・生理痛がありますか？  ない  ある (  腹痛  腰痛  その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

**申し訳ございませんが裏面もご記入下さい**

4 結婚・妊娠・分娩についてお書き下さい

未婚  結婚 ( 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 )

・性交渉の経験はありますか？ (  ない※  ある ) ※ 診察の方法を考慮させていただきます

・ご主人は ( \_\_\_\_\_ ) 歳 (  健康  否 ) (  同居  別居 )

・妊娠 (  なし  あり )

・分娩 (  なし  あり ) 子供 ( \_\_\_\_\_ ) 人

年	種 類	出生体重・性別
昭・平 年	<input type="checkbox"/> 正常産 <input type="checkbox"/> 異常産 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	_____ g ( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )
昭・平 年	<input type="checkbox"/> 正常産 <input type="checkbox"/> 異常産 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	_____ g ( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )
昭・平 年	<input type="checkbox"/> 正常産 <input type="checkbox"/> 異常産 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	_____ g ( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )

5 今までにかかった病気・手術についてお書き下さい

・今までにかかったことのある病気は

喘息  高血圧  心臓病  腎臓病  肝臓病  糖尿病  結核  その他 ( \_\_\_\_\_ )

・今治療をしている病気がありますか？ (  ない  ある )

治療の内容がわかればお書き下さい ( \_\_\_\_\_ )

・手術を受けたことがありますか？ (  ない  ある )

「ある」と答えた方は下記にご記入下さい

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 病名 ( \_\_\_\_\_ )

・輸血をしたことがありますか？ (  ない  ある )

・婦人科で診察・治療を受けた事はありますか？

(  ない  ある ( 才 ) 病名 ( \_\_\_\_\_ )

6 あなたのご家族の病気のことをお書き下さい

あなたと血のつながりがある方で次の病気がありますか？

がん  高血圧  心臓病  脳卒中  肝臓病  糖尿病  遺伝疾患  その他 ( \_\_\_\_\_ )

7 アレルギーについてお書き下さい

・今まで食べ物や薬を飲んだり、注射をして蕁麻疹やショックなどの異常を起こしたことは？

(  ない  ある )

・「ある」と答えた方は食べ物の種類、薬、注射の名前がわかる場合はお書き下さい

( \_\_\_\_\_ )

8 当院へのご来院のきっかけは何ですか？

ホームページ/インターネット検索  タウンページ  看板  通りがかり  
 他医からの紹介  知人の紹介  パンフレット  その他 ( \_\_\_\_\_ )

9 当院から連絡をさせていただく場合についてお尋ねします。

・連絡の方法 電話  可  不可 携帯電話  可  不可 メール  可  不可

・当院からの郵便物の郵送  可  不可

ありがとうございました。

お手数をおかけしますが受付までご提出をお願い申し上げます。

