

# 《予診表 1》

(わかる範囲でご記入ください)

患者様番号

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日生	(才)
氏名		身長:	cm	体重:	kg		

1. 今回受診された理由は？

<input type="checkbox"/> 月経の悩み (不順・量が多い/少ない・痛みが強い) <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 下腹部痛 ・ 腰痛がある <input type="checkbox"/> おりものが気になる <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )	以下にチェックをつけられた方は「予診表 2」もご記入ください <input type="checkbox"/> なかなか妊娠しない <input type="checkbox"/> 妊娠するが流産・死産となる ( 回) <input type="checkbox"/> 夫婦生活がうまくいかない (夫・妻)
---	--

2. 最終月経はいつですか？

・ 月 日 ~ 日間 ・ 順調 ( 日型) ・ 不順  
 ・ 月経の量 ( 多い ・ 普通 ・ 少ない ) 痛み ( 強い ・ 少しある ・ ない)

3. 子宮癌検診を、1年以内に受けられましたか？

受けていない     受けた ( 平成 年 月頃)    結果 (異常なし ・ あり→ )

4. 内服薬や注射薬でアレルギーを経験したことがありますか？

ない     ある (薬品名: )    (症状: )

5. 薬以外でアレルギーを経験したことがありますか？

ゴム ・ アルコール綿 ・ 金属 ・ 食べ物 ( )  
 その他 ( )    どのような症状でしたか？ ( )

6. これまでに下記のような病気をしたことがありますか？

癌 ・ 結核 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 梅毒 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 甲状腺疾患 ・ 心臓病 ・ 不整脈 ・ 喘息 ・ 緑内障 ・ なし

7. 現在、通院・加療中の病気がありますか？

ない     ある ( )

8. 現在服用中のお薬がありますか？

ない     ある ( )

9. 手術もしくは大きな病気・入院などありましたらご記入ください。

年月	病名	手術・入院	病院名
昭和・平成 年 月		手術・入院	
昭和・平成 年 月		手術・入院	
昭和・平成 年 月		手術・入院	

10. 輸血をしたことがありますか？

ない     ある ( 年 月)

11. タバコを吸われますか？

吸わない     吸う ( 本 / 日)

12. お酒を飲まれますか？

毎日飲む ・ ときどき飲む ・ 飲まない ・ 飲めない

13. 当クリニックまでの通院時間は？

交通機関 ( )    約 時間 分

14. 当クリニックからお伝えしたいことがある場合、  
 自宅や携帯に電話させて頂く場合がありますが  
 よろしいでしょうか？ (留守番電話でも)

はい (下記にも○をお付けください) ・ いいえ  
 ・ 『すぎはら婦人科』を名乗ってよい  
 ・ スタッフの個人名で名乗るならよい  
 ・ 留守番電話は困る

15. どこでこのクリニックを知りましたか？

主治医の先生からの紹介 (病院名 Dr名 )  
 友人 ・ インターネット ・ 新聞 ・ 駅等の広告 ・ その他 ( )

16. 何かその他ご希望がございましたらご記入ください。

17. 個人歴について

a. 結 婚 (昭和・平成 年 月)    b. 離 婚 (昭和・平成 年 月)    c. 再 婚 (昭和・平成 年 月)  
 d. 同 棲 (昭和・平成 年 月)    e. 未 婚

18. 今までの妊娠歴

年月	週数	経 過	性別・出生時体重	流産 ・ 早産の状態	病院名
昭.平 年 月	週 (ヶ月)	1.分娩(経膈・帝切)    2.早産	男                    g	妊娠反応のみ・胎囊が見えた	
		3.流産                    4.死産                    5.中絶	女                    g		
昭.平 年 月	週 (ヶ月)	1.分娩(経膈・帝切)    2.早産	男                    g	妊娠反応のみ・胎囊が見えた	
		3.流産                    4.死産                    5.中絶	女                    g		
昭.平 年 月	週 (ヶ月)	1.分娩(経膈・帝切)    2.早産	男                    g	妊娠反応のみ・胎囊が見えた	
		3.流産                    4.死産                    5.中絶	女                    g		

# 《 問診票 》

氏名

ID.

		チェック
①喘息にかかったことがありますか？	ない・ある( )	済・未
②緑内障にかかったことがありますか？	ない・ある( )	済・未
③ピリンアレルギーと言われたことが、ありますか？	ない・ある( )	済・未
④内服薬や注射で、アレルギーを経験したことがありますか？	ない・ある⇒ある方は下記に詳しくお書きください 薬品名又は、薬の種類( ) 症状 ( )	済・未
⑤薬以外で右のようなアレルギーを経験したことがありますか？ (○をつけて下さい)	ゴム・アルコール綿・金属・食べ物( ) その他( ) *ある方はいつ頃どのような症状かお書きください ( )	済・未
⑥心臓病・不整脈と言われたことがありますか？	ない・ある( )	済・未
⑦歯科などの局所麻酔で異常な経験はありますか？	ない・ある( )	済・未
⑧手術や麻酔でのトラブル、その他の異常な経験はありますか？	ない・ある( )	済・未
⑨麻酔がかかりにくかった経験は、ありますか？	ない・ある( )	済・未
⑩副腎皮質ホルモン剤(ステロイド)を長期に服用したことがありますか？	ない・ある( )	済・未
⑪今までに、血がとまりにくい経験は、ありますか？	ない・ある( )	済・未
⑫早く歩いたり階段を上る時、動悸・息切れ・立ちくらみなどがありますか？	ない・ある( )	済・未
⑬現在、常用している内服薬がありますか？	ない・ある( )	済・未