

# 〔問診票〕

フリガナ  
お名前 (未婚・既婚)

必ずご記入下さい

最終月経開始日 月 日 ( 日周期)

ご住所  
生年月日 (S・H) 年 月 日 ( ) 歳 [閉経 歳] 妊娠 回 分娩 回

第1連絡先: (本人携帯 or 自宅) ☆未婚の方の場合、性交渉のご経験 (無・有)

第2連絡先: (本人との続柄; )

☆ご妊娠中の方: 身長 cm 非妊時体重 kg

◎本日、診察をお受けになりたい症状に印を付けて下さい。

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 生理が遅れています<br>妊娠の可能性 (ある・ない)                   | <input type="checkbox"/> 下腹部痛がある          | <input type="checkbox"/> (排尿痛・頻尿・残尿感) がある |
| 市販の妊娠検査 (陽性・陰性・していない)  | <input type="checkbox"/> 不妊 (挙児希望) の相談    | <input type="checkbox"/> 男女産み分け相談         |
| <input type="checkbox"/> おりものが多い (痒みがある・ない)                            | <input type="checkbox"/> 子宮ガン検診 (自費になります) |   |
| <input type="checkbox"/> 外陰部に (おでき・しこり) ができた                           | <input type="checkbox"/> 性病検査希望 (自費になります) |   |
| <input type="checkbox"/> 不正出血がある                                       | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)       |   |
| <input type="checkbox"/> 更年期障害 (のぼせ・頭痛・肩こりなど)<br>→別紙質問用紙の記入があります (受付へ) |   | 前回の続き・人工妊娠中絶希望<br>緊急避妊・避妊の相談 (ピル) など      |

◎現在常用されているお薬 (他院処方など) はありますか?

ない・ある (薬物名: )

◎お薬や食物のアレルギーはありますか?

ない・ある (名称: )

◎喫煙されますか? (はい・いいえ)

「はい」の場合; 1日 本

◎下記アンケートにご協力下さい。

◇以前当院を受診されたことはありますか? 有・無 ⇔ 有の場合、当院での分娩 (有・無)

◇当院を何でお知りになりましたか? (複数回答可)

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 当院のホームページ | <input type="checkbox"/> 看板 (駅の看板・野立て看板)        |
| <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介  | <input type="checkbox"/> 電話帳 (NTTタウンページ・町内の電話帳) |
| <input type="checkbox"/> インターネット検索 | <input type="checkbox"/> その他 ( )                |