

2024年 月 日

# (初診用) 問診票

No. \_\_\_\_\_

ふりがな	生年月日(西暦)	年	月	日	歳
氏名	職業				
住所 〒					
電話番号	携帯番号	当院からの(予約変更等) 電話連絡 可・不可			

[1] 今日はどうされましたか? (例: 月経がきません

該当のものがあれば○して下さい)

- ① 妊娠確認 (市販妊娠検査: 陽性・陰性・未検) → **陽性の場合** (分娩希望・中絶の相談・検討中)  
② 不正出血 (月 日~ 日間) ③ 月経不順 ④ 月経痛 ⑤ 下腹部痛 ⑥ 妊婦健診  
⑦ おりもの異常 (かゆみ・臭い・量・色) ⑧ STD (性病) 検査 ⑨ 更年期精査 ⑩ 妊娠希望・不妊精査  
⑪ ピル希望 (初回・継続・再開) → 目的 (避妊・月経痛改善・月経不順・その他)  
⑫ アフターピル ⑬ 月経移動 (生理を外したい月日: 月 日~ 月 日まで)  
⑭ 乳癌検診 (乳腺エコー) ⑮ 子宮癌検診 ⑯ 大田区子宮癌検診 ※受診券を受付に提出して下さい

[2] 月経について

- ① 一番最近の月経 20 年 月 日から 日間 ② 初経年齢 歳頃 ③ 閉経年齢 歳頃  
④ 月経周期 (順 日周期・不順) ⑤ 月経痛 (なし・軽度・痛・激痛) ⑥ 月経血量 (少・普通・多)  
[早いとき 日周期・遅いとき 日周期]

[3] 妊娠歴 (無・有) ※今回の妊娠は含めずにご記入下さい。

① 妊娠 回 → 経膈分娩 回・帝王切開 回・流産 回・中絶 回

② 一番最近の出産 西暦 年 月 日

[正常分娩・異常分娩(理由)・帝王切開(理由)]

[4] 現在服用中のお薬はありますか?(ピルも含む) [無・有: 薬剤名]

[5] 今までに診断を受けた病気、治療中の病気はありますか?(喘息、高血圧など) [無・有]

[病名: 西暦 年 月 治療内容: 病院名: ]

[病名: 西暦 年 月 治療内容: 病院名: ]

[6] 今までに手術を受けたことはありますか? [無・有: 病名]

[西暦: 年 月 手術内容: 手術した病院: ]

[7] 血液型 (A・B・O・AB : Rhプラス・マイナス・不明) / 感染症 (無・B型肝炎・C型肝炎・HIV・不明) / 風疹ワクチン接種 (無・有・不明)

[8] 性交渉の経験 (無・有)

[9] 結婚 (未婚・婚約中・既婚) → 西暦 年 月 / 結婚(予定)夫の現在年齢 歳・職業

[10] アレルギー (薬、食べ物、花粉症など) [無・有 ( )]

[11] 最後に子宮頸癌検診を受診したのはいつですか? (西暦 年 月頃・検診歴なし・不明)

本日、子宮頸癌検診を希望されますか? (希望する・希望しない・相談して決めたい)

※年1回の子宮頸癌検診が推奨されています。(保険自己負担約 1,100円)

※大田区の受診券をご利用の方は、受診券の自己負担額をご確認ください。

[12] 当院を知った理由 ① インターネット ② 知人からの紹介 ③ 大田区からの案内

④ 他院からの紹介 (紹介状又は検査結果: 無・有) ⑤ その他 ( )

この個人情報に関しましては、医療目的以外では使用致しません。尚、届出の必要な場合以外で個人情報を提供することはありません。

当院は、診療情報を取得・活用により、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか? 【はい・いいえ】

アトレ大森はなおかレディースクリニック 院長