

# おおたレディースクリニック再診問診票

患者ID (診察券番号): \_\_\_\_\_

年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
氏名		年 月 日	才
フリガナ		電話番号	
住所	〒 -	自宅	
		携帯	

**以下の自覚症状がある場合、該当する項目に○印をしてください。**

体温が37.5℃以上ある のどが痛い 強いだるさ(倦怠感)がある 咳や痰がある

- 最終月経(開始日) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 子宮がん検診を受けたことがありますか ( はい・いいえ )  
「はい」とお答えになった方 → いつ頃検診を受けましたか ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

**本日はどのような症状でご来院されましたか。当てはまる項目に☑してください**

- 妊娠に関すること
  - 妊娠の可能性があるが、検査はしていない
  - 自分で妊娠反応検査を行い、陽性だった ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )  
→ 前回受診(妊娠について)から今までの間に妊娠、出産はありましたか ( あり・なし )  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日出産 ( 経膈分娩・帝王切開 ) < 流産・死産・中絶 >
  - 自分で妊娠反応検査を行い、陰性だった ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )
  - 他院で妊娠の診断を受けた ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )
- 妊娠が判明した場合
  - 出産希望 ( 出産予定施設:  当院  他院  まだ考えていない )
  - 出産を希望しない
  - 出産するかどうかまだ決めていない
- 身長 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ kg (妊娠前の体重)
- 不妊に関する相談
- 子宮がん検診希望
- 月経(生理)の異常
  - 不規則     生理痛が強い     量が ( 多い・少ない )
  - 生理が遅れている ( 妊娠の可能性 あり・ない )     生理前後に心身の不調がある
- 不正出血がある
- 外陰部の気になる症状 (  おりもの  かゆみ  できもの  その他 \_\_\_\_\_ )
- プライダルチェック希望
- ピル希望 <アフターピル(緊急避妊薬)以外>
  - 以前飲んでいた (ピルの名前 \_\_\_\_\_ )
  - 現在飲んでいる (ピルの名前 \_\_\_\_\_ )
  - 今まで飲んだことがない
- アフターピル(緊急避妊薬)希望
- 生理をずらしたい    避けたい日は ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )
- 膀胱炎の症状がある ( 排尿痛・頻尿・残尿感 )
- 下腹部痛がある
- 更年期症状についての相談
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

※当院では取り違え防止のため、お名前でお呼びしております。ご了承ください。