

おおたレディースクリニック再診問診票

医師希望

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)
- 前回受診から 1 年以上経っている方は記入してください
 - ① 現在、治療中のご病気はありますか(病名:)
 - ② 内服中のお薬はありますか(お薬の名前:)

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)
 - ☐ 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)
- ※これまでの妊娠歴を記入してください
- | | | |
|-------|--------------------|------------------|
| 年 月 日 | 出産 (経膈分娩 ・ 帝王切開) | < 流産 ・ 死産 ・ 中絶 > |
| 年 月 日 | 出産 (経膈分娩 ・ 帝王切開) | < 流産 ・ 死産 ・ 中絶 > |
| 年 月 日 | 出産 (経膈分娩 ・ 帝王切開) | < 流産 ・ 死産 ・ 中絶 > |
| 年 月 日 | 出産 (経膈分娩 ・ 帝王切開) | < 流産 ・ 死産 ・ 中絶 > |
| 年 月 日 | 出産 (経膈分娩 ・ 帝王切開) | < 流産 ・ 死産 ・ 中絶 > |

- 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) ☐ 生理前後に心身の不調がある
 - ☐ 生理が遅れている (性交(セックス)の経験 (あり ・ なし))
- ☐ 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>
- ☐ 以前飲んでいて (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
- ☐ 生理をすらしたい 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 ()

※ 電子処方箋を希望しますか? ☐はい ☐いいえ
※当院では取り違い防止のため、お名前でお呼びしております。ご了承ください。