

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			
住所	〒 一		
	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°C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(経腔分娩	・帝王切開	<	流産	・死産	・中絶	>
年	月	日	出産(経腔分娩	・帝王切開	<	流産	・死産	・中絶	>
年	月	日	出産(経腔分娩	・帝王切開	<	流産	・死産	・中絶	>
年	月	日	出産(経腔分娩	・帝王切開	<	流産	・死産	・中絶	>
年	月	日	出産(経腔分娩	・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) ブ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。