

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）
- 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。