

初診患者様用問診票

この問診票は私どもが皆様の診察をよりよいものにするために大変参考になりますのでおわかりになる範囲ご記入下さい。

ふりがな

お名前 生年月日 S・H 年 月 日 年齢

ご住所 〒

連絡先電話番号 (ご自宅) (携帯番号)

クリニックからのお電話は (個人名で・病院名で) 可能なお時間 () 留守電 (OK・NG)

身長 cm 体重 Kg ご職業 ご紹介者

1) 本日はどのような事でご来院されましたか？

2) 月経について

- ・初めての月経は 歳
- ・月経周期 月経が始まった日から次の月経が始まるまで
順調・ほぼ順調(日間) 不順(短い月 日間、長い月 日間)
- ・月経期間 月経が始まってから終わるまで(日間)
- ・月経量は 多い・ふつう・少ない
- ・月経時の症状 頭痛・下腹部痛・腰痛 (痛み止めを使用していますか？ はい・いいえ)
- ・最近の月経は 年 月 日から 日間
- ・その前の月経は 年 月 日から 日間

3) 結婚・妊娠について

- ・結婚していますか はい・いいえ 結婚年月日(年 月 日)
- ・離婚歴はありますか はい(当時 歳)・いいえ
- ・妊娠されたことはありますか はい・いいえ
- ①西暦 年 歳の時(流産・中絶・子宮外妊娠・経膈分娩・帝王切開) 週(男・女) g)
- ②西暦 年 歳の時(流産・中絶・子宮外妊娠・経膈分娩・帝王切開) 週(男・女) g)
- ③西暦 年 歳の時(流産・中絶・子宮外妊娠・経膈分娩・帝王切開) 週(男・女) g)
- ④西暦 年 歳の時(流産・中絶・子宮外妊娠・経膈分娩・帝王切開) 週(男・女) g)

4) 他の病院で不妊治療・検査や不育症治療・検査を診察されたことはありますか？ (ある・ない)

・「ある」方は、その病院でどのような説明をうけましたか？

5) 現在、何かお薬を飲んでいますか？ (いる・いない)

・「いる」場合、お薬の名前がわかればご記入ください。

6) これまでにお薬や食べ物で発疹やアレルギー等の副作用の経験はありますか？ (ある・ない)

・「ある」場合、どのような症状でしたか。薬の名前(分かれば)、食べ物の種類についてご記入ください。

局所麻酔剤(抜歯の時に使用するキシロカインなど)で副作用が出たことがありますか？ (ある・ない)

7) 以下の診断や治療を受けたことがありますか？

ぜんそく(ある・ない)、高血圧(ある・ない)、糖尿病(ある・ない)、神経・精神疾患(ある・ない)、肝炎(ある・ない)

8) その他の持病や手術を受けたことはありますか？ (ある・ない)

・「ある」場合は、疾患名、手術名をご記入ください。

9) 喫煙していますか？

妻 (している・していない) 夫 (している・していない)

裏面もあります