

四季レディースクリニック 初診問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		生年月日 (歳)
お名前		西暦 年 月 日
		身長 ; cm、体重 ; kg
ご住所	〒 _____	電話番号 携帯 自宅
ご職業 :	勤務形態 <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート・アルバイト	

○ 本日受診された理由をお聞かせください。 (当てはまるものいくつかでも○をつけてください)

- ・ 検診希望 ・ ワクチン接種(相談)希望 (子宮頸がん HPV ・ 風疹 ・ インフルエンザ ・ その他)
- ・ 子宮・卵巣の病気の相談・経過観察 (子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣腫瘍、子宮頸・体がん その他)
- ・ 更年期障害ではないか? ・ 不妊/なかなか妊娠しない ・ 性感染症が心配 ・ 月経をずらしたい
- ・ 避妊法を相談したい ・ ピル処方希望する・興味がある
- ・ 妊娠の診断希望 (妊娠判定薬:陽性・陰性・使用していない)(妊娠の場合;出産する・中絶希望・迷っている)
- ・ 気になる症状があり、診断・治療を希望する

月経のトラブル (月経痛、月経量が多い、月経前の体調不良、無月経、月経不順、不正出血、その他)

外陰部のトラブル(おりもの・におい・かゆみ・できもの・形がおかしい・その他) 性交痛 排便痛

頭痛 腹痛 腰痛 頻尿・排尿痛 肩こり めまい 耳鳴り 吐き気 便秘 下痢 肌荒れ・皮膚のかゆみ

むくみ 関節痛 口・目の渇き 風邪症状 全体的な体調不良

- ・ その他 (_____)

いつ頃からどんな症状がありますか?できるだけ詳しくお書きください。

○ あなた自身のことについて差し支えない範囲で教えてください。

結婚 : 既婚 (結婚したのは: _____ 歳) ・ 独身 (未婚 ・ 離婚/死別 (_____ 歳))

性交経験 : 無 ・ 有 (初めての性交 _____ 歳、現在のパートナー : 無 ・ 有(交際期間: _____)

妊娠歴 : なし ・ あり 妊娠 計(____)回 出産 (____)回 (_____ 歳 ・ 正常産/帝王切開)

流産 (____回; _____ 歳)、人工中絶(____回; _____ 歳)子宮外妊娠 (____回; _____ 歳)

○ 月経について教えてください 初潮 : _____ 歳頃

月経周期 順調 (____日型) 不順 (早い時____日~遅れるとき____日) 閉経した(_____ 才で)

最終月経 : _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 その前の月経 : _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

月経痛 : ない ある → (____)歳頃からあり 痛みは(悪化している・変わらない・軽くなっている)

痛みは (下腹痛・腰痛・頭痛 他 _____)、痛みのピークは(_____)日目

痛み止め 不要 時々使用 毎回必要 (薬名: _____、____日間内服)

月経の量 : 少ない 普通 多い → ピークは____日目から _____ 日間

○ 婦人科検診(子宮がん検診)は受けたことがありますか? ない・ある
「ある」の方 → 最初に受けたのは()歳、最後に受けたのは(年 月;または 歳頃)
定期的を受けている・不定期に受けている・1回しか受けていない
※ 「ない」の方を含めてお答えください。 → 検診でなく、症状があって婦人科を受診したことは (ある・ない)
内診台に上がったことは (ある・ない)

○ 現在、治療中または経過観察中の病気がありますか?
ない・ある 病名; _____ 医療機関・診療科: _____
治療内容; _____

○ 今までに入院や手術、定期通院で治療を受けた病気がありますか?
ない・ある → _____ 歳 ; 病名 _____ 入院・手術・通院
_____ 歳 ; 病名 _____ 入院・手術・通院
_____ 歳 ; 病名 _____ 入院・手術・通院
※ 輸血の経験 わからない・なし・あり (献血から・自己血)

○ 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?
ない・ある → 具体的に _____

○ 生活習慣について
喫煙 : しない・する (1日 ___ 本 / ___ 歳から)
飲酒 : しない・する (毎日、週 ___ 回、不定期(機会があれば) 1回量は(多い・ふつう・少ない)
食欲 : あり・ふつう・なし・過食傾向 偏食 : あり・なし
睡眠 : 1日 () 時間 ; よく眠れる・ふつう・あまり眠れない(寝付けない・眠りが浅い・早朝覚醒)
運動習慣 : なし・あり (不定期・定期的 ; 運動の内容 _____)
体重の変化 : ここ数年で体重の変化 なし・あり (増加・減少 ; _____ kg / _____ 年)

○ ご家族(血縁あり)に以下の病気の方がいらっしゃれば、()内に続柄をご記入ください。
高血圧()・糖尿病()・高コレステロール血症()・心筋梗塞・脳卒中()
がん()・膠原病()・甲状腺疾患()・精神疾患()・骨粗鬆症()
子宮筋腫()・子宮内膜症()・乳がん()・子宮がん() 卵巣がん()

○ 当院のことはどちらでお知りになりましたか?
 知人・友人・家族からの紹介(お名前; _____) 他院からの紹介(病院・医師名: _____)
 他院で院長の診療を受けていた。(汐留・丸の内・銀座・その他 _____)
 インターネット(当院HP・院長ブログ・その他 検索エンジン; Yahoo・Google・その他 _____)
 雑誌 新聞 書籍 テレビ 講演会 (具体的に _____)
 その他 (具体的に _____)

○ 当院から連絡を取らせていただく場合の連絡先と注意点をお知らせください。※少なくとも2箇所はお知らせください。
・ 自宅電話 (クリニック名で連絡可・クリニック名でなく個人名での連絡希望・連絡不可)
・ 自宅FAX (クリニック名で連絡可・クリニック名でなく個人名での連絡希望・連絡不可)
・ 携帯電話 (クリニック名で連絡可・クリニック名でなく個人名での連絡希望・連絡不可)
・ 自宅へ郵送 (クリニック名で送付可・クリニック名でなく個人名での送付希望・郵送不可)
・ E-mail (送付可・不可) 送付希望アドレス ; _____
・ その他の場所に連絡希望・・・連絡先 : _____
(クリニック名で連絡可・クリニック名でなく個人名での連絡希望)

ご記入お疲れさまでした。ご協力ありがとうございました。