

# 問診票

ID

初診日

主診断名

検 妊 K

※四角わくの中をご記入ください。

(フリガナ)

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 自宅： \_\_\_\_\_ 携帯： \_\_\_\_\_

●主な受診理由・症状 \_\_\_\_\_

●月経（生理）について 月経あり ・ (しばらく) ない ・ 産後なし ・ 閉経 ( \_\_\_\_\_ 歳)

⇒ 「月経あり」の方 に伺います。

最後の月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日間

月経の出血量 \_\_\_\_\_ 多い ・ やや多い ・ 中ぐらい ・ やや少ない ・ 少ない

生理痛（下腹部痛・腰痛） \_\_\_\_\_ 強い ・ やや強い ・ 中ぐらい ・ 軽い ・ あまりない

●性交（セックス）の経験 \_\_\_\_\_ あり ・ なし

●結婚 \_\_\_\_\_ 既婚 ・ 未婚 ・ 単身（離婚/死別など） ・ 同棲中など

●いままでの妊娠（流産・中絶も含めて） \_\_\_\_\_ 回

出産 \_\_\_\_\_ 回 （そのうち帝王切開 \_\_\_\_\_ 回） 最後の妊娠 \_\_\_\_\_ 歳の時

●ぜんそく・アレルギーなど \_\_\_\_\_ なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

●喫煙 \_\_\_\_\_ なし ・ あり (1日におよそ \_\_\_\_\_ 本)

●子宮頸がんワクチン（ヒトパピローウイルスワクチン）の接種歴 \_\_\_\_\_ なし ・ あり ・ 不明

●その他 \_\_\_\_\_

【以下のアンケートにご協力ください】

※番号や選択肢に○をつけてください

●当院をお選びになった理由

- ご本人が以前当院を受診したことがある
- 家族や知人に勧められた
- 自宅や職場から近い
- 他の医療機関などからの紹介や勧め（医療機関名： \_\_\_\_\_ )
- 当院のホームページを直接検索した
- インターネットの病院紹介サイトなど ( \_\_\_\_\_ )
- 電話帳などの紙媒体
- 駅看板・野立て看板・電柱広告など
- その他 ( \_\_\_\_\_ )