Morita Ladies' Clinic

問診票

年　　月　　日

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

ふりがな 氏名　　（旧姓　　）	生年月日 （大・昭・平・令）　　年　　月　　日（　　歳）
〒 住所	
携帯番号　　－　　－	自宅番号　　－　　－

＜最も相談したい項目には◎、他に相談したい項目があれば〇の記入をお願いします。＞

※のある項目に〇をされた方は尿検査の案内があるまでお手洗いを済ませずにお待ちください。

〔　〕妊娠検査薬で陽性反応が出た※
（　　月　　日　自宅　・　他院　）

〔　〕月経がない※
妊娠検査薬で陰性が出た（　　月　　日）
本日妊娠検査を　希望する　・　しない

〔　〕中絶手術希望

〔　〕性病チェック希望

〔　〕おりものの異常
多い　・　臭い　・　色（茶・黄・緑）

〔　〕陰部の異常
かゆい　・　痛い　・　できものがある

〔　〕月経が終わらない

〔　〕月経以外の出血がある

〔　〕月経時の出血量
多い（増えてきた）　・　少ない（減ってきた）

〔　〕月経周期が安定しない

〔　〕月経困難
生理痛　・　生理前の不調　・　下腹痛

〔　〕異常に　　汗をかく　・　顔がほてる

〔　〕排尿時の異常※　痛い　・近い・血液が混じる

〔　〕西宮市子宮頸がん検診希望
無料対象　・　偶数歳（￥1,400）

〔　〕子宮がん検診希望（頸部細胞診＋超音波）

〔　〕予防接種希望
子宮頸がんワクチン　・　麻疹風疹ワクチン
インフルエンザワクチン

〔　〕月経日を避けたい期間がある
①　　月　　日　～　　月　　日
②　　月　　日　～　　月　　日

〔　〕低用量ピルで避妊したい
ピルは　初めて
　　飲んでいたことがある
（薬の名前　　開始時期　　年　　月）

［　］ホルモン剤で生理痛、ＰＭＳを楽にしたい
避妊希望　　あり　・　なし

〔　〕緊急避妊薬がほしい　￥8,800（税込）
避妊に失敗した日　　本日　・　昨日　・　一昨日
それ以前　　月　　日

〔　〕避妊リングを入れたい

〔　〕健康診断や他の医療機関で指摘された
子宮筋腫　・　卵巣腫瘍　・　貧血　・　その他
検査結果持参　　あり　・　なし

症状はいつからですか？
相談内容を詳しくご記入下さい

裏面もご記入下さい

＜月経について＞

初潮：　　歳　　閉経：　　歳

直近で生理が始まった日：　　年　　月　　日　～　　日間

月経周期（月経開始日から次の月経の前日までの日数）：　　日　～　　日

月経期間（月経開始日から終わるまでの日数）：　　日　～　　日

生理痛：　ない　・　次第に強くなっている　・　以前とかわらない

出血量：　次第に多くなっている　・　次第に少なくなっている　・　以前とかわらない

結婚について：　未婚　・　婚約中　・　結婚（　　年　　月）　・　離婚

性交渉の経験：　あり　・　なし

＜妊娠、出産について＞

*現在授乳中ですか？　はい　・　いいえ

分娩年月日	性別	週数	出生体重	出産状態
西暦　　年　　月　　日	男・女	週	g	自然・誘発・帝王切開・流産・中絶
西暦　　年　　月　　日	男・女	週	g	自然・誘発・帝王切開・流産・中絶
西暦　　年　　月　　日	男・女	週	g	自然・誘発・帝王切開・流産・中絶
西暦　　年　　月　　日	男・女	週	g	自然・誘発・帝王切開・流産・中絶

＜喫煙歴＞　なし　・　あり（　　本／日）　・　現在は吸っていない

＜今までに入院が必要な病気、受けた手術、または治療中の病気がありますか？＞

時期、病名、治療・手術内容、現在の状況

＜ご家族や親せきに重い病気になられた方がいらっしゃいますか？＞

例：母が〇〇、父が〇〇と病名をご記入ください。

＜お薬や食べ物でアレルギーがあればご記入ください＞

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　はい　・　いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供につとめております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。