

問診表 (井上産婦人科クリニック専用)

診療を円滑に進めるために必要ですのでありのままをお書き下さい。

(ふりがな)

氏名: _____

生年月日(大・昭・平) _____

I 今日は何んなことでおいでになりましたか？

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか (妊娠なら <input type="checkbox"/> 産む <input type="checkbox"/> 止める <input type="checkbox"/> 思案中) | <input type="checkbox"/> 癌検診 (<input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 乳癌) |
| <input type="checkbox"/> 妊婦健診 | <input type="checkbox"/> 更年期の悩み |
| <input type="checkbox"/> 月経の異常 (<input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 多量 <input type="checkbox"/> 生理痛) | <input type="checkbox"/> 月経(生理)を避けたい(期間: / ~ /) |
| <input type="checkbox"/> 異常な出血 (あとで時期と量を具体的にお教え下さい) | <input type="checkbox"/> 腹が痛い |
| <input type="checkbox"/> おりもの(こしけ)がおかしい (<input type="checkbox"/> 色 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> におい) | <input type="checkbox"/> 尿の調子が悪い |
| <input type="checkbox"/> 陰部(しも)のかゆみ・痛み | <input type="checkbox"/> 子供が欲しい |
| <input type="checkbox"/> 性感染症(性病)の心配 | <input type="checkbox"/> 避妊 (低用量ピル等) |
| <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶術 | <input type="checkbox"/> 緊急避妊 (モーニングアフターピル) |
| | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |

II 月経(生理)について:

- 一番最近の月経はいつからでしたか? _____ 月 _____ 日より _____ 日間
量はあなたの普段と比べてどうでしたか? [同様、多い、少ない]
- 月経は順調ですか? [順調 (_____ 日周期 _____ 日間)、不順(短 _____ 日~長 _____ 日)]
※ 月経周期とは、月経が始まった日から次の月経前日までの日数を言います。
- 月経痛はありますか? [ない、軽い、普通、強い、かなり強い]
- 月経は何歳から始まりましたか? _____ 歳 ・閉経は? _____ 歳

III 性交渉について: 経験 [ない、ある]

IV 結婚について: [していない、している[年 月(歳の時)]]

V 妊娠について: 今までの妊娠、分娩のすべてについて ご記入下さい。

妊娠したこと [ない、ある (分娩 _____ 回 流産 _____ 回 中絶 _____ 回)]

・初回分娩	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳のとき) [男、女]	_____ グラム
・2回分娩	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳のとき) [男、女]	_____ グラム
・3回分娩	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳のとき) [男、女]	_____ グラム
・4回分娩	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳のとき) [男、女]	_____ グラム

VI 今までに病気で治療や手術を受けたことがありますか? (産婦人科以外の科の病気もご記入下さい)

(例えば 帝王切開、子宮筋腫、子宮外妊娠、盲腸(虫垂炎)、胆石・・・)

[ない、ある [病名 _____ 年 _____ 月 (_____ 歳の時)]
[病名 _____ 年 _____ 月 (_____ 歳の時)]
[病名 _____ 年 _____ 月 (_____ 歳の時)]]

VII アレルギー体質: [ない、ある(具体的に _____)]

VIII 血のつながった方に癌、糖尿病、高血圧などの方がおられますか?

[いない、いる(具体的に _____)]

◎ 当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。(複数 可)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 友人、知り合いの方に勧められて | <input type="checkbox"/> 自宅に近いから |
| <input type="checkbox"/> 評判を聞いて | <input type="checkbox"/> 会社、学校に近いから |
| <input type="checkbox"/> 他医院より紹介されて(_____ 病院、産婦人科) | <input type="checkbox"/> 岡山駅に近いから |
| <input type="checkbox"/> 当クリニックのホームページを見て | <input type="checkbox"/> 交通の便がよいから |
| <input type="checkbox"/> インターネット(タウンページ)を見て | <input type="checkbox"/> 駐車場があるから |
| <input type="checkbox"/> 電話帳(タウンページ)を見て | <input type="checkbox"/> 通りがかり |
| <input type="checkbox"/> その他(_____) | |

《 連絡先 》 必要時 連絡することがありますのでご了承下さい。

[住所] (郵便番号: _____ - _____) _____

[電話] 自宅: _____ 携帯: _____