

診療申込書・問診表 (産婦人科)

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	明・大 年 月 日 昭・平 (満 歳)
住 所	〒 - 飯田市・下伊那郡		
電話番号	() -	携帯番号	() -

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？ はい・いいえ
 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ 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努めています。
 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いたします。

・ご相談になりたい内容についてご記入下さい。(複数回答可)

- 月経が止まった 月経の異常 月経と違った異常出血
- おりものが多い (赤・ピンク・褐色・黄色・白)
- 陰部がかゆい、痛い 性病の心配
- おなかが痛い 腰が痛い
- しこり (おなか・陰部・乳房)
- 尿が近い・排尿痛がある
- 頭痛・めまい・のぼせ 不眠・いらいら・肩こり
- 子宮がん検査希望
- 避妊の方法を知りたい
- 子供ができない (不妊検査)
- 妊娠検査 + - 分娩の希望 (妊婦健診)
- その他ご記入ください

スタッフ記入
 週 日
 EDC:202 年 月

・あなたの月経について

- ・初めて月経になった年齢 () 歳
- ・最終月経 年 月 日から 年 月 日の 日間
- ・月経周期 () 日型 不順 ・月経の持続期間 () 日間
- ・月経量 多い 普通 少ない
- ・月経痛 なし あり (寝込む程 ・ 鎮痛剤服用)
- ・月経の前後に気になることはありますか
 いいえ
 はい ()
- ・何歳まで月経がありましたか () 歳 (閉経年齢)

裏面に続きます→

• あなたの結婚・妊娠・分娩について

性交（セックス）の経験がありますか はい いいえ
結婚はされていますか はい いいえ 婚約中
妊娠したことがありますか はい いいえ

妊娠したことがある方は次にお答えください

妊 娠 () 回
分 娩 () 回 (うち正常分娩 _____ 回 ・ 帝王切開 _____ 回)
自然流産 () 回
人工妊娠中絶 () 回
子宮外妊娠 () 回

• 今まで大きな病気をしたことがありますか？

いいえ

はい

当時の年齢、病名又は手術名をお教えてください。

歳 病名： 手術名：

歳 病名： 手術名：

• 今までに指摘された病気はありますか？

なし

高血圧 糖尿病 喘息 心疾患（病名： _____）

その他（病名： _____）

現在、治療中ですか？

いいえ

はい 病院名： _____ 薬名： _____

• アレルギー体質ですか？

いいえ

はい 薬： _____ 食べ物： _____ その他： _____

• 家族に特殊な病気になった方はいますか？（例）血液疾患・遺伝性疾患

いいえ

はい（ _____ ）



OBSTETRICS AND GYNECOLOGY CLINIC

NISHIZAWA

西澤産婦人科クリニック