

# 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  
その他ご記入ください

[ ]

## ・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  
・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（ \_\_\_\_\_ ）

