

# 外 来 問 診 票

フリガナ お名前	生年月日			年	月	日(	歳)
〒	-						
住所							
電話番号	携帯	-	-	職業			
	自宅	-	-	身長		cm	
家族緊急連絡先		-	-	(続柄)		体重 kg	

**Q どうなさいましたか？該当項目に○をつけ、ご記入下さい。いくつでも結構です。**

1. 妊娠かどうか (妊娠を望む ・ 望まない) → 妊娠検査薬陽性 ( 月 日)  
出産場所について (当クリニックでお産したい ・ 里帰り出産希望 ・ 出産場所考え中)
2. 子どもができない
3. 子宮がん検診 → 保険診療 / 天童市 (クーポン 有 ・ 無) / 職場  
最後に受けたのは ( 年 月)
4. 月経と違う出血
5. おりものが気になる
6. かゆみがある
7. 痛みがある
8. 子宮筋腫があると言われた
9. 卵巣がはれていると言われた
10. ピルの処方を希望する
11. その他

以下に詳細をご記入下さい。

**Q あなたの月経について教えて下さい。**

最近 (最後) の月経はいつでしたか？ 年 月 日から 日間

その前の月経はいつでしたか？ 年 月 日から 日間

初めて月経 (初潮) が来た年齢は ( 歳) 閉経となった年齢 ( 歳)

月経周期は ( 順調 ・ 不順 ) ( 日 ~ 日 周期)

※月経周期とは、月経開始日から次の月経開始までの日数のことです。

月経の量は ( 多い ・ 普通 ・ 少ない )

月経は何日続きますか？ ( 日間)

生理痛はありますか？ ( ない ・ 弱い ・ 中くらい ・ 強い )

いつ頃から痛みますか？ ( ~ 日目まで)

どこが痛みますか？ ( 腹 ・ 腰 ・ その他 )

薬は飲みますか？ ( 飲む ・ 飲まない ) (薬名 )

飲むと答えた方は、お薬は効きますか？ ( 効く ・ あまり効かない )

排便痛はありますか？ ( ある ・ ない )

性交痛はありますか？ ( ある ・ ない )

**Q あなたの結婚、妊娠、分娩について 該当するものに○をつけ、ご記入下さい。**

結婚 している (        年        月入籍) 今はひとり ( 離別 ・ 死別 )  
 していない ( 婚約中 ・ 交際中 ・ 特定のひとはいない)

性交(セックス)の経験はありますか? ( あり ・ なし )

ご主人の年齢は (        歳) 職業は (        )

妊娠したことのある方は、以下にご記入下さい。

分娩 (        回) 自然流産 (        回) 人工妊娠中絶 (        回)

分娩歴	性別	体重	妊娠中・分娩の特記事項	病院名
①	年 月 男・女 (        )	g)		
②	年 月 男・女 (        )	g)		
③	年 月 男・女 (        )	g)		

流産・中絶歴	週数	分かっている原因があれば	病院名
①	年 月 週		
②	年 月 週		
③	年 月 週		

**Q 今までにかかったことのある病気や手術、その他の項目をご記入下さい。**

病気 (        歳:        )  
 (        歳:        )  
 手術 (        歳:        )  
 (        歳:        )

アレルギー体質はありますか? いいえ

はい ( 喘息 ・ 花粉症 ・ 鼻炎 ・ 皮膚炎 )

薬や注射でアレルギーや副作用をおこしたことがありますか?

いいえ

はい → いつ、薬名、どのような症状か (        )

輸血歴はありますか? いいえ ・ はい (        歳 )

喫煙歴はありますか? いいえ

はい → 現在も喫煙している (        本/日)

過去に喫煙していた (        歳～ 歳)

現在、使用されているお薬はありますか? いいえ ・ はい (以下にご記入下さい)

お薬手帳を持っていますか? いいえ ・ はい → お持ちの方はコピーしますので、記入は不要です

**Q 血のつながった家族、親戚の中に特別な病気(がん・糖尿病・高血圧)の人がいますか?**

いない

いる → 誰が (        ) 病名 (        )  
 (        ) (        )  
 (        ) (        )