

問診票

診察上、大切な情報となります。ご記入にご協力ください。知り得た情報は、大切に保管させていただきます。

ふりがな	昭和・平成・令和	年	月	日生 ()	歳
お名前	様	職業	()		
〒	自宅	-	-		
ご住所	携帯	-	-		
※ 国籍	日本・他 ()	※言語	日本語・他 ()		

- ◎ 当該医療機関は、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。
- 1 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
 - 2 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ
 - 3 本日はどうなさいましたか？ 該当箇所○
妊娠確認 (当院で分娩希望 ・ 他院で分娩希望) 中絶希望、里帰り相談→ [通院中病院名
予定日 年 月 日]
月経異常 (不順 ・ 量が多い ・ 痛む) ・ 不正出血 ・ おりものの異常 ・ 外陰部 (かゆみ ・ 痛む) ・ 子宮がんの検査
腹痛 ・ 腰痛 ・ 更年期障害 ・ 排尿時の痛み ・ 尿が近い ・ 性病の心配 ・ 子宮筋腫 ・ 卵巣の腫れ ・ 乳腺炎
セカンドオピニオン ・ 生理をずらしたい ・ プラセンタ注射 ・ 風疹抗体検査 ・ 4D ・
避妊相談 (ピル希望 ・ アフターピル希望) ・ その他 ()
 - 4 身長 _____ cm 体重 _____ (妊娠中の方は妊娠前の体重をご記入ください)
 - 5 月経についてお聞きします。
初潮 _____ 歳 ・ 閉経 _____ 歳
量は 多い ・ 普通 ・ 少ない
最終月経開始日は、 _____ 月 _____ 日 から _____ 月 _____ 日 まで
月経周期 _____ 日 順 ・ 不順
 - 6 今までの妊娠や出産についてお聞きします。
現在、結婚されていますか？ はい (旧姓: S ・ H ・ R 年) ・ いいえ (結婚予定 あり ・ なし)
性交の経験はございますか？ はい ・ いいえ
妊娠の経験はございますか？ はい (_____ 回) ・ いいえ
妊娠・分娩歴 分娩回数 (_____ 回) ・ 自然産 (_____ 回) ・ 人工中絶 (_____ 回) ・ 子宮外妊娠 (_____ 回)
- | 分娩年月日 | 週数 | 妊娠・分娩時の異常 | 性別 | 出生体重 | 分娩場所 | 健否 |
|-------|----|-----------|----|------|------|-----|
| 年 月 日 | 週 | 経産・帝王切開 | | g | 当院・他 | 健・否 |
| 年 月 日 | 週 | 経産・帝王切開 | | g | 当院・他 | 健・否 |
| 年 月 日 | 週 | 経産・帝王切開 | | g | 当院・他 | 健・否 |
| 年 月 日 | 週 | 経産・帝王切開 | | g | 当院・他 | 健・否 |
| 年 月 日 | 週 | 経産・帝王切開 | | g | 当院・他 | 健・否 |
- ※妊娠・分娩時の異常とは、早産・妊娠高血圧・GBS感染症・新生児仮死・分娩時出血が多かった、など。
- 7 今までにかかれたことのある病気や手術はありますか？ はい ・ いいえ
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎疾患 ・ 心疾患 ・ 甲状腺疾患 ・ 肝炎 ・ 精神疾患 ・ 悪性腫瘍 ・ てんかん
喘息 (最終発作 年 月 歳) 脳梗塞 ・ 脳内出血 ・ 血栓症 ・ 自己免疫疾患 ・ 血液疾患
その他
手術の経験 なし ・ あり ()
輸血の経験 なし ・ あり ()
最後に子宮がん検診を受けた時期 なし・あり (年 月 富士市がん検受診券使用・会社健診・その他
 - 8 現在、使用されている薬がありますか？ なし ・ あり (薬品名)
 - 9 アレルギー、喫煙、飲酒についてお聞きします。アレルギー なし・あり ※ありの方は具体的にご記入ください。
(薬: _____) (食物: _____) (その他: 花粉・金属・ゴム)
-
- たばこ 吸わない ・ 以前、吸っていた・現在吸っている (_____ 本/日)
飲酒 しない ・ ときどき ・ ほぼ毎日 (_____ を _____ /日)
- 10 過去3か月以内に以下のことはありましたか？ はい ・ いいえ
発熱 ・ 発疹 ・ 首のリンパ節の腫れ ・ 風疹患者との接触 ・ 児童との接触が多い職場での就労
- # 当院にいらしたきっかけは何ですか？
・ 紹介 (_____ 様ご紹介) ・ ホームページ ・ Google検索 ・ Instagram ・ その他SNS ・ 口コミサイト (_____)
・ 過去に受診歴あり ・ その他 (_____)
- # 美容医療にご興味はおありですか？ はい ・ いいえ
美容クリニックなどでご経験はおありですか？ はい ・ いいえ
しわ・しみ・たるみなど気になる箇所はおありですか？
しわ (眉間 ・ 目尻 ・ 口周り) ・ しみ ・ たるみ ・ ほうれい線
その他 (_____)
- # 診察時のご要望等がございましたら、ご遠慮なくご記入ください。