

新患問診票

氏名 ( )

《すべての質問にお答えください》

身長 \_\_\_\_\_ cm

\* 生理について 最終月経 年 月 日 ~ 月 日まで

・初潮：生理の始まった年齢 ( 歳 ) 閉経 ( 歳 )

・生理の周期は ( ) ~ ( ) 日周期 \_\_\_\_\_ 日間

★生理の周期とは、生理開始日より次の生理開始日までの日数をいいます

・生理量 多・中・少 ・生理痛 無・重・中・軽 (下腹痛 腰痛 頭痛 吐き気)

\* 性行為の経験がありますか? はい・いいえ

\* 子宮頸がん検診を受けたことがありますか? はい・いいえ

・最終検診日 年 月 今までに異常は あり・なし

\* 結婚されていますか? 既婚・再婚・独身 (結婚予定 あり・なし)

・結婚年月日 年 月 日

\* 妊娠したことはありますか? なし・あり 分娩 回 流産 回 中絶 回

\* 出産年月日を教えてください

(西暦) 年 月 日 (男・女) ( ) g 当院・病院名 ( )

正常分娩・帝王切開 (緊急・予定)

年 月 日 (男・女) ( ) g 当院・病院名 ( )

正常分娩・帝王切開 (緊急・予定)

年 月 日 (男・女) ( ) g 当院・病院名 ( )

正常分娩・帝王切開 (緊急・予定)

年 月 日 (男・女) ( ) g 当院・病院名 ( )

正常分娩・帝王切開 (緊急・予定)

\* 今までにかかった病気はありますか?

年 月 病名 ( ) 病院名 ( )

治療中・経過観察・治療済み

年 月 病名 ( ) 病院名 ( )

治療中・経過観察・治療済み

\* 今までに手術を受けたことがありますか?

年 月 手術名 ( ) 病院名 ( )

年 月 手術名 ( ) 病院名 ( )

\* 現在、内服している薬を書いて下さい

( )

\* アレルギーはありますか?

薬物 ( ) 食物 ( )

喘息 ( 子供の時のみ 治療中 ) 最終発作: 年 月

ラテックスアレルギー 鼻炎 花粉症 アトピー じんましん

\* 嗜好品 ・喫煙の有無 なし・あり (1日 本) やめた ( 歳から) 喫煙開始年齢 ( 歳)

・飲酒 なし・あり (週に 日)

\* 職業について ( 会社員・学生・主婦・公務員・自営業・無職・その他 \_\_\_\_\_ )

ご回答ありがとうございました

# 予 診 票

記入日 \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

フリガナ		生年月日
氏 名		年 月 日

☆氏名変更（あり・なし）理由（結婚・離婚） \_\_\_\_\_ 年 月 日

☆最終月経 \_\_\_\_\_ 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 日 閉経 \_\_\_\_\_ 才

☆今日はどうされましたか？ 必ず記入して下さい

☆紹介状を持って来られた方は先に受付へご提出ください

☆現在、内服している薬がありますか？ （ はい ・ いいえ ）

※内服中の方はお薬手帳を受付へご提出ください

\* 福山市では、職場などで婦人科検診を受ける機会のない 20 才以上の方を対象に、検診補助を実施しています（1 年度に 1 回 自己負担金 1,500 円）

市町村の検診補助を使いますか？ （ はい ・ いいえ ）

\* 婦人健診手帳をお持ちの方はご提出ください

現住所	県
〒	
電話番号	携帯番号
メールアドレス	
緊急時電話番号	続柄（ ）
里帰り住所	県
〒	
電話番号	（ ）様方