

年 月 日

問 診 票

あきせウィメンズクリニック寝屋川院

フ 氏	リ ガ ナ 名	(旧姓：)	生年月日	(S・H・R) 年 月 日	歳
住 所	〒				
連 絡 先	本人 (- -) 緊急連絡先 (- - 続柄)				
身長・体重	cm/	kg	婚姻について	未婚 ・ 既婚 () 歳の時	

① 本日の受診目的・気になる症状にチェックをしてください

- 診察 ☐ 妊娠しているか検査したい → 妊娠していれば (出産する・中絶する・まだ決めていない)
☐ 妊娠中 (妊婦健診) ☐ 子宮がん検診希望★最後の検査日 (年 月) ☐ 避妊相談
☐ かゆみ ☐ おりもの異常 ☐ 月経相談 ☐ 出血 ☐ 更年期 ☐ 性交痛 ☐ 下腹部痛
☐ 他院からの紹介 ☐ 不妊治療 ☐ 排尿障害 ☐ その他 ()

- 美容 ☐ 医療脱毛 ☐ シミ除去 ☐ 肝斑内服 ☐ レーザー施術 ☐ ピーリング ☐ たるみ ☐ くすみ ☐ ボトックス
☐ ニキビ ☐ モナリザタッチ ☐ 医療痩身 ☐ その他 ()

他院での美容施術歴(時期も記入下さい)→()

② 月経について

- ・最終月経開始日： () 月 () 日 / 初潮：() 歳 / 閉経：() 歳
- ・月経は何日間続きますか： () 日～() 日
- ・月経周期 (月経開始から次の月経開始までの期間)： 不規則・規則的 () 日～() 日
- ・月経痛： なし・軽い・ふつう・ひどい ・月経量： 少ない・ふつう・多い
- ・性経験： なし・あり

③ 子宮頸癌ワクチン接種歴について なし あり()歳の時

④ 食べ物について 好きな食べ物： 嫌いな食べ物：

⑤ アレルギーについて

- ・薬剤アレルギー：なし・あり () 食物アレルギー：なし・あり ()
- ・現在服用中のお薬について：なし・あり→(お薬の名前：)

⑥ 喫煙について : 吸わない ・ 吸う (1日 本)

⑦ 産科受診の方にお尋ねします : 本院(枚方)にて分娩希望 ・ 他院にて分娩予定

⑧ 過去の妊娠・分娩等について

- ・これまでに妊娠・分娩されたことはありますか？ はい ・ いいえ

⑨ : 妊娠 () 回 / 分娩 () 回 / 流産 () 回 / 中絶 () 回

年/ 月/ 日 (週数)	体重	性別	分娩方法/生産・死産	分娩施設名(病院名)
西暦 / / ()	g	男・女	自然分娩・帝王切開 / 流・中絶	
西暦 / / ()	g	男・女	自然分娩・帝王切開 / 流・中絶	
西暦 / / ()	g	男・女	自然分娩・帝王切開 / 流・中絶	
西暦 / / ()	g	男・女	自然分娩・帝王切開 / 流・中絶	

⑨ これまでの病気について

- ☐ 病名
☐ 手術歴 () 歳頃

⑩ 近親者のご病気について

- ☐ 病名

⑪ 当院はどこで知りましたか？

- ☐ ホームページ ☐ 自宅が近所 ☐ 看板等 ☐ 知人の紹介 ☐ 他院からの紹介

ご記入ありがとうございます。記入が終わりましたらスタッフまでお渡し下さい。