

北島産婦人科問診票

当問診票は診療行為に必要な項目ですので、ご記入をどうぞよろしくお願いいたします。

ふりがな		生年月日	大・昭・平 西暦	年 月 日 年 (才)
氏名		職業		
住所	〒			
ご自宅電話番号		ご本人携帯		
緊急連絡先	(患者様の緊急事態にのみご連絡しますので、必ずご記入ください)			
	氏名	続柄 ()	電話番号	

診察のご希望

1. 妊娠検査希望 ●妊娠の場合 【 出産予定 (当院・他院・未定) ・中絶予定・未定 】
2. 不正出血/生理不順
3. オリモノの異常 (量が多い、かゆい、におい)
4. 子宮がん検査希望
5. 更年期障害
6. お小水が近い/排尿痛がある
7. 腹痛
8. 月経異常 (痛み・量が多い)
9. その他 ()

- ・当院は初めてですか? (1. 初めて 2. 平成 年 月頃に受診した)
- ・最近の最終月経 (1. 有 → 月 日から 日間 2. 閉経 歳)
- ・生理は順調ですか? (1. 順 2. 不順)
- ・初経 (歳)
- ・生理周期 (日 ~ 日型)
- ・お産の経験 (1. 無 2. 有 → 回) (出産 男の子 人 / 女の子 人)
- ・飲酒 (1. 無 2. 有 → を 杯)
- ・喫煙 (1. 無 2. 有 → 本)
- ・今までに入院・治療・手術の経験はありますか? (1. 無 2. 有 → 具体的に)
- ・アレルギーはありますか? (1. 無 2. 有 → a. 喘息 b. 花粉症 c. その他 →)
- ・現在服用中のお薬はありませんか? (1. 無 2. 有 → a. 薬名 b. 病名)
- ・当院を何で知りましたか? (1. 紹介 → ご紹介者 様 医院、病院 2. 本
3. インターネット 4. 看板などの広告 5. その他 →)

※ ご希望などあれば、お書き込みください。

[]

ご記入後は保険証を添えて、受付までお持ちくださいますよう、よろしくお願いいたします。