

# 一 般 用 予 診 票

初診日： 年 月 日

初めて当院の診察を受けられる方は、次の各項目に記入あるいは○印をおつけ下さい。

ふりがな  
姓 名 ( ) 歳 職業 ( )  
住所 〒 身長 cm 体重 kg  
TEL 携帯 TEL

どういう理由で、診察を受けに来られましたか

- ・ 妊娠しているかどうか、みてほしい
- ・ 出血がある (いつから )
- ・ お腹が痛い (いつから )
- ・ こしけ (おりもの) が多い、かゆみ (有・無)、 (いつから )
- ・ その他 ( )
- ・ 癌の検査をしてほしい
- ・ 子供がほしい
- ・ 更年期の相談

今まで注射や薬でじんましんなど、アレルギー症状が起こったことがありますか  
ある (薬の名前 )  
ない

食欲、睡眠状況はどうですか 食欲 (有・無)、睡眠 (有・無)

今までに手術や大きな病気をしたことがありますか、それはいつ頃 (何歳の時) ですか  
例 (高血圧症・糖尿病・腎炎・肝炎・甲状腺疾患・盲腸など)  
ある ( )  
ない

初潮はいつ頃ありましたか ( ) 歳

最近月経はいつありましたか

現 在 月経中 月 日より  
前 回 月 日より 日間  
前々回 月 日より 日間

閉経された方はその年齢 ( ) 歳

月経は順調ですか

順 調 (およそ 日)  
不 順 ( 日 ~ 日)

月経量は (普通・多い・血の塊が出る・少ない)

生理痛はひどいですか

ひどい 痛み止めを (よく使う・時々使う・使わない)  
ひどくない

結婚していますか

している 昭和・平成 年 月 日 結婚  
していない 性交渉 (有・無)

家族血縁の方で何か特別な病気の方がいますか、またそれは誰ですか

いない いる (高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・癌・その他)  
誰 ( )

今までの妊娠・分娩はどうでしたか

異常分娩の場合は

人工妊娠中絶 ( ) 回 記入してください  
自 然 流 産 ( ) 回 1 回目 S・H 年分娩 (男・女) g ( )  
分 娩 ( ) 回 2 回目 S・H 年分娩 (男・女) g ( )  
3 回目 S・H 年分娩 (男・女) g ( )  
4 回目 S・H 年分娩 (男・女) g ( )

当院をどのようにお知りになりましたか

・ 知人の紹介 ・ 広告 ( ) ・ インターネット ・ 看板 ・ その他 ( )

【個人情報の取り扱いについて】 この予診票は当院が責任をもって管理し、治療目的以外に利用する事は一切ありません。