

(女性用)

レディースクリニックゆう

婦人科・産科・内科

(ふりがな)

氏名 _____ (歳) 身長(_____ cm) 体重(_____ kg)

記入いただいた個人情報診療以外に使用することはありません。正確なご記入をお願いいたします。

【1】 本日来院された理由を○で囲んでください。

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. 妊娠の診察 市販薬陽性 (月 日) | 11. 尿の異常 |
| 2. 月経の異常 | 12. 緊急避妊ピル
(性交日時: 月 日 時頃) |
| 3. お腹に違和感がある | 13. プライダルチェック |
| 4. おりものが気になる | 14. レディースドック |
| 5. 外陰部や膣の異常 | 15. プラセンタ治療 |
| 6. 更年期障害 | 16. 性感染症検査 |
| 7. 不妊の相談 | 17. 予防接種
(インフルエンザ・肺炎球菌・麻疹風疹) |
| 8. がん検査
(子宮がん・卵巣がん・乳がん) | 18. 不正出血 (月 日から) |
| 9. ピル希望 (避妊目的、生理痛の緩和) | 19. その他 () |
| 10. 月経移動 (月経が来て欲しくない日)
(月 日 ~ 月 日) | |

具体的な症状をご記入下さい。また、ご質問・ご相談などある方もご記入ください。

【2】 普段の月経についてお聞かせください。

- 最終月経はいつですか。(西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間)
- 月経周期は順調ですか。(順調 ・ 不順 : 月経周期 _____ 日型)
- 月経痛は、ありますか。(あり ・ なし)
ありの方: 痛み止めは何回のみますか。(薬: _____ 回数: _____ 回/日)
- 初潮 _____ 歳 閉経 _____ 歳

【3】 性交渉(セックス)の経験はありますか。(はい ・ いいえ)

【4】 妊娠の経験はありますか。(あり ・ なし)

- 分娩は何回ですか。(年月もご記入ください。)
正常分娩 _____ 回 (S・H _____ 年 _____ 月) (S・H _____ 年 _____ 月) (S・H _____ 年 _____ 月)
帝王切開 _____ 回 (S・H _____ 年 _____ 月) (S・H _____ 年 _____ 月) (S・H _____ 年 _____ 月)
(理由: _____)
- 流産 _____ 回 (S・H _____ 年 _____ 月 妊娠 _____ 週) (S・H _____ 年 _____ 月 妊娠 _____ 週)
- 中絶 _____ 回 (S・H _____ 年 _____ 月 妊娠 _____ 週) (S・H _____ 年 _____ 月 妊娠 _____ 週)

(裏面へ)

【5】過去に大きな病気、手術の既往がありましたらご記入ください。

	年齢	病名	手術	病院名
1	歳			
2	歳			
3	歳			

【6】現在服用中の薬があれば記入してください。()

【7】輸血を受けたことはありますか。(あり・なし)

【8】アレルギーのある人はご記入ください。

なし 喘息 鼻炎 花粉症 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 その他 ()
(薬品名) (食べ物)

【9】喫煙 (はい・いいえ) () 本/日 飲酒 (はい・いいえ) () 回/週

【10】感染症はありますか。(あり・なし)

例:梅毒・結核・B型肝炎・C型肝炎など()

【11】血縁関係のあるご家族の方に以下のご病気はありますか。(あり・なし)

高血圧 () 糖尿病 () 癌 ()
血栓 () 脳疾患 () 心疾患 ()
肝炎 () その他 ()

【12】子宮頸がん検診を受けたことはありますか。(あり・なし)

最近の検診: 年 月頃 → 結果 : 異常なし・異常あり

【13】子宮体がん検診を受けたことはありますか。(あり・なし)

最近の検診: 年 月頃 → 結果 : 異常なし・異常あり

【14】当クリニックを知ったのは。(複数でも○を)

知人や家族 ホームページ 病院リスト (PC) 広告、看板 通りがかって
()

◇ ご記入ありがとうございました。受付までお持ち下さいますようお願いいたします。

◇ 診察内容によっては順番が前後することがございますが、ご了承ください。

調査票

記入 年 月 日

姓名 _____ 年齢 _____ 男・女 職業 _____

次の質問の各項目についてあてはまるところに○印をおつけください。

質 問	いいえ	はい		
		時々	しばしば	常に
1. 身体がだるく疲れやすいですか				
2. 騒音が気になりますか				
3. 最近気が沈んだり気が重くなることがありますか				
4. 音楽をきいて楽しいですか				
5. 朝のうち特に無気力ですか				
6. 議論に熱中できますか				
7. くびすじや肩がこって仕方がないですか				
8. 頭痛持ちですか				
9. 眠れないで朝早く目ざめることがありますか				
10. 事故やけがをしやすいですか				
11. 食事がすすまず味がないですか				
12. テレビを見て楽しいですか				
13. 息がつまって胸苦しくなることがありますか				
14. のどの奥に物がつかえている感じがしますか				
15. 自分の人生がつまらなく感じますか				
16. 仕事の能率があがらず何をするのもおっくうですか				
17. 以前にも現在と似た症状がありましたか				
18. 本来は仕事熱心で几帳面ですか				

平成 年 月 日

様

		無	軽度	中度	重篤
1	①顔面紅潮(ほてる)				
	②発汗				
	③冷感				
	④息切れ				
2	⑤しびれ感				
	⑥知覚が鈍い				
3	⑦不眠症				
	⑧眠りが浅い				
4	⑨興奮し易い				
	⑩神経質				
5	⑪ゆううつ・くよくよする				
6	⑫めまい・はきけ				
7	⑬疲れやすい				
8	⑭肩こり腰痛手足の節々が痛む				
9	⑮頭痛				
10	⑯心臓のどろきがある				
11	⑰皮膚にアリのほう感じ				