

DATE

予診票

下記の1~9の事項は、貴女の診療や治療方針についての大切な情報です。秘密は厳守いたします。

各項目について、もれなく ○で囲むか、記入の上 受付にご提出ください。

近藤産婦人科医院

ふりがな				ご職業 主婦・会社員・学生・自営業・医療関係() 医師・看護師・教師・保育士 業 風俗・その他()
氏名				当院をお選び頂いた理由 知人の紹介・評判・広告・看板・電話帳・インターネット 通院歴があるから・その他()
明・大 昭・平	年	月	日	()歳
住所	〒 -			
本人携帯 番号	ご家族等の 携帯番号		(続柄)	
<p>1. 今日、来院された目的は 以下のどれですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠かどうか診てほしい 妊娠の検査: 自宅で+ - 他院で+ - していない つわり症状: ない ある(月 日頃から) 妊娠なら : 生む(当院で・帰省して・未定) 中絶希望・不明</p> <p><input type="checkbox"/> 当院での分娩希望 : 里帰り 他院より 紹介状: 有 無</p> <p><input type="checkbox"/> 子供が欲しいができない <input type="checkbox"/> 男女産み分け相談希望</p> <p><input type="checkbox"/> 出血がある (年 月 頃から) 色や量は:</p> <p><input type="checkbox"/> 下腹部痛、腰痛がある (年 月 頃から)</p> <p><input type="checkbox"/> 月経不順、無月経 (年 月 頃から) <input type="checkbox"/> 月経量が多い、強い月経痛 (年 月 頃から) <input type="checkbox"/> 月経を移動して欲しい (年 月 頃から)</p> <p><input type="checkbox"/> おりもの、かゆみがある (年 月 頃から)</p> <p><input type="checkbox"/> のぼせ感、ほてり、肩こり (年 月 頃から)</p> <p><input type="checkbox"/> 性交時に痛みがある (年 月 頃から)</p> <p><input type="checkbox"/> 尿が近い、尿が残った感じがする、尿が漏れる、血尿がある 尿をする時痛い (年 月 頃から)</p> <p><input type="checkbox"/> リングを入れたい 抜きたい <input type="checkbox"/> 低用量ピルがほしい: 避妊用である その他 <input type="checkbox"/> アフターピルがほしい <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 ※クーポン券をお持ちの方は事前に受付にご提出下さい <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 定期検診(子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣嚢腫 その他) <input type="checkbox"/> その他()</p>				
内診の経験の有無 有 ・ 無				
<p>2. これまでの妊娠についてお聞きします</p> <p>☆ 分娩されたことはありますか? はい・いいえ =『はい』の方は以下にご記入下さい</p> <p>1) 年 月 日、妊娠 週 男 女 g 経産 帝切 経過正常 異常()、場所()</p> <p>2) 年 月 日、妊娠 週 男 女 g 経産 帝切 経過正常 異常()、場所()</p> <p>3) 年 月 日、妊娠 週 男 女 g 経産 帝切 経過正常 異常()、場所()</p> <p>4) 年 月 日、妊娠 週 男 女 g 経産 帝切 経過正常 異常()、場所()</p> <p>5) 年 月 日、妊娠 週 男 女 g 経産 帝切 経過正常 異常()、場所()</p> <p>☆ 人工中絶または流産はありますか はい()回・いいえ ⇒『はい』の方は以下にご記入下さい</p> <p>1) 年 月 日、妊娠 週 人工妊娠中絶 流産 子宮外妊娠 胎状奇胎、場所()</p> <p>2) 年 月 日、妊娠 週 人工妊娠中絶 流産 子宮外妊娠 胎状奇胎、場所()</p> <p>3) 年 月 日、妊娠 週 人工妊娠中絶 流産 子宮外妊娠 胎状奇胎、場所()</p>				
<p>3. 月経についておたずねします</p> <p>最終月経 : ()月()日から()日間 その前の月経 : ()月()日から()日間 普段の月経周期 : 順調(日毎) 不順 月経量 : 多い ふつう 少ない 痛み : 強い 少しある ない 初経 : ()歳頃 閉経 : ()歳頃</p> <p>4. あなたの身長 ()cm 体重 ()kg 血液型()型 Rh ()</p> <p>5. これまでに かかったことのある病気は 有 ・ 無 心臓病()歳、肝臓病()歳、腎臓病()歳 糖尿病()歳、高血圧()歳、貧血()歳 アレルギー()歳、結核()歳、喘息()歳 その他() <input type="checkbox"/> 現在通院・治療中の病気はありますか? 有 ・ 無 有の場合、その内容() 現在内服中の薬は() <input type="checkbox"/> 婦人科で診察・治療を受けたことはありますか? ない・ある(いつ: 歳頃 病名:) <input type="checkbox"/> 子宮がんの検査を受けたことはありますか? ない・ある(いつ: 歳 どこで:)</p> <p>6. 家族歴(血縁関係に限る)について 有 ・ 無 がん()、高血圧()、糖尿病()、結核() 双子()、遺伝疾患()、その他()</p> <p>7. 結婚等についておたずねします <input type="checkbox"/> 未婚(性交経験 有 無) <input type="checkbox"/> 結婚: 年 月 日 : 年 月 日 <input type="checkbox"/> 離婚: 年 月 日 : 年 月 日</p> <p>8. 薬や注射や麻酔でじんましん、皮膚などのアレルギーや 気分が悪くなったことがありますか? ない・ある:薬の名前() 症状()</p> <p>9. 喫煙しますか? いいえ・はい(本/日) お酒はのみますか? いいえ・はい(何を 本/日)</p>				
<p>診療及び治療の内容によっては検査、処置、投薬などにおいて健康保険が適用できない(自費での支払い)場合もあります 下記のどちらかを○で囲んでください</p> <p style="text-align: center;">承諾します 承諾しません</p> <p>連絡事項がある場合、こちらから連絡(メールなど)を送らせて頂く場合もあります。</p> <p style="text-align: center;">承諾します 承諾しません</p>				