

診 療 申 込 書 (太枠内を記入して下さい)

受付

申込年月日	年 月 日	カルテNo.
-------	-------	--------

これまでに当院を受診したことがありますか					はい ・ いいえ
受診希望科に○印	眼科	産婦人科	内科	健診科	

外傷による受診の方 はご記入ください	仕事中的おケガですか	はい ・ いいえ
	通勤中的おケガですか	はい ・ いいえ
	交通事故ですか	はい ・ いいえ

フリガナ				男性 女性
氏 名	(旧姓)			
生年月日 (西暦可)	大正 昭和	年 月 日生 (歳)	平成 令和	
現住所	〒 -			
電話番号	() -			
携帯番号	- -			

産婦人科受診かつ該当される方はご記入ください。

里帰り先	〒 -	() 様方
住所		
電話番号	() -	

*保険証をお持ちでない方は自費扱いとなります。

*ご記入後は、保険証・福祉や高齢者受給者証等を添えて総合受付へご提出ください。

*紹介状は受付後、各診療科窓口にてご提出ください。

産婦人科問診票

(予約あり ・ 予約なし) ※予約外の方は待ち時間がかかります。外出希望の方はお声かけください。

氏名	年齢	職業	身長	体重
<input type="checkbox"/> 既婚 (結婚した年齢__才) <input type="checkbox"/> 未婚		性交渉経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
持参物	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 他院の検査結果	<input type="checkbox"/> 明石市子宮がん検診クーポン券	<input type="checkbox"/> 基礎体温表	
子宮がん検診はいつ受けましたか (__年__月__日) <input type="checkbox"/> 受けていない				
●初潮__才 / 閉経__才		●生理は順調ですか <input type="checkbox"/> はい (__日型) <input type="checkbox"/> いいえ		
●最近の生理 __月__日 ~ __日間		●その前の生理 __月__日 ~ __日間		
●生理の量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い		●生理痛 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 気にならない		

婦人科診察の方

子宮がん検診希望

裏面もご記入ください

(筋腫 ・ 卵巣嚢腫 ・ ポリープ)
他院で診断→__月__日__病院
 症状：_____
定期検診 → (症状あり ・ 変わりなし)

他院で貧血と診断された
 いつ頃：__年__月__日
 病院名：_____

下腹部痛 → __月__日頃から
 症状：_____
 他院を受診した (病院名：_____)

ピル希望 →目的：_____
アフターピル希望
 性交：__月__日__時頃
生理日変更希望

(できもの ・ おりもの異常 ・ かゆみ)
 いつから：_____
 症状：_____

更年期 (スタッフ記入欄：SMI__点)
 症状：_____

生理の悩み
 症状：_____

不正出血 → __月__日頃から
 出血の量：_____
 下腹部痛： あり なし

健康診断の精密検査
 病院名：_____
 内容：_____

子宮内避妊具の挿入・抜去

尿の症状 → __月__日頃から
 症状：_____

性感染症検査 (クラミジア ・ コンジローマ ・ 性器ヘルペス ・ その他)
 症状：_____

その他 (症状をご記入ください)

妊娠の方

裏面もご記入ください

お産する (当院・里帰り____ ・ 未定) 出産考慮中 中絶希望

・妊娠検査薬 未 済 (陽性 ・ 陰性) __月__日

・妊娠方法 自然妊娠 他院で不妊治療をした (タイミング 人工受精 体外受精)

・他院を受診した いいえ はい (病院名：____ / 受診日：__月__日)
検査を受けた いいえ はい ※検査結果の提出をお願いします※
予定日 __年__月__日 未定 (妊娠前の体重：__kg)

・出血や腹痛 なし あり (__月__日 ~ 症状：_____)

●母子手帳 (あり・なし) ●助成券 (あり・なし) ●血液型の結果 (カード) (あり・なし・自宅にある)

妊娠 () 回	分娩 () 回	流産 () 回	中絶 () 回	/	<input type="checkbox"/> 妊娠歴なし
分娩年月日	性別	出生体重	出産状態	出産病院名	
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		

経産婦の方で下記を診断されたことがある はい いいえ

妊娠糖尿病 妊娠高血圧症候群 切迫流産、早産 出産時の多量出血

血縁のある方に下記の病気がある はい いいえ

はいと答えた方はご記入ください。

心臓病 (誰:) 糖尿病 (誰:)

高血圧 (誰:) その他遺伝的疾患 (病名:) (誰:)

下記の病気にかかったことがある はい いいえ

高血圧 糖尿病 腎疾患 甲状腺疾患 てんかん

緑内障 精神疾患 原因不明の意識消失 その他 ()

既往歴 あり なし

いつ頃 (年齢)	病名・手術名	現在の状態	病院名
年 月 ()		治癒・治療中・放置	
年 月 ()		治癒・治療中・放置	
年 月 ()		治癒・治療中・放置	
年 月 ()		治癒・治療中・放置	

現在服用している薬がある はい いいえ

└ 薬品名 _____

└ お薬手帳 あり なし

●輸血をしたことがある いいえ はい

●輸血が必要となった場合に、何か困ることがありますか？ はい いいえ

●食品アレルギー なし あり (_____)

●薬品アレルギー なし あり (_____)

●アルコール消毒にアレルギー なし あり

●喘息 なし あり (_____ 才で) (現在は 内服中 時々なる 治癒)

└喘息になってから鎮痛剤や風邪薬で息苦しくなったことがある いいえ はい

●アトピー なし あり

●飲酒 飲まない 時々飲む ほぼ毎日飲む

●たばこ 吸わない 以前吸っていた 現在吸っている _____ 本/日