

No. _____

問診票

受診日：平成____年____月____日

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 昭・平 _____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)

ご職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 初潮 _____ 歳 閉経 _____ 歳

結婚状況 1. 未婚 2. 結婚 _____ 歳 3. 離婚 _____ 歳 妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回

●本日受診の理由(該当するものに○をお付け下さい。複数ある時は1番の理由に◎をお願いします)

- ・おりもの、かゆみ、におい、痛み、できもの →性病のご心配：あり・なし(性病検査：自費)
- ・生理のトラブル(生理不順 生理痛 量が多い 生理がこない 生理前の不調(PMS))
- ・不正出血(/ ~ /) ・下腹痛 ・膀胱炎 ・不妊検査希望・不妊治療希望(既婚者対象)
- ・他医や検診で異常を指摘された(病名： _____)
- ・その他(_____)

☆以下の項目は自費診療(税抜き)になります。

- ・自費初診料(3,600円) ・自費再診料(2,000円) ・子宮頸癌検診(5,000円)
- ・子宮体癌検診(7,000円) ・超音波検査(6000円) ・妊娠反応(3000円)
- ・妊娠の診断、初期健診(初診：12,000円 再診：10,000円 他医紹介状：3,600円)
※市販薬での確認をされましたか？(はい(____ 月 ____ 日 結果： + -)・いいえ)
- ※出産希望ですか(はい ・ いいえ ・ 未定)
- ・生理の移動(5,000円) → 生理になると困る日 ____ 月 ____ 日 ~ ____ 月 ____ 日
- ・緊急避妊アフターピル(吐き気止め込み10,000円)
- ・低用量ピルの処方(初回指導2,000円+ピル1シート3,000円+超音波(保険にて約3,000円))
- ・性病検診(クラミジア 3,800円 トリコモナス 3,000円 淋病 5,000円 3種セット10,000円)
- ・不妊予防検診(35000円)・卵巣年齢AMH(10000円)・子宮頸癌ワクチン(1回20,000円)
- ・更年期ホルモン検査(10,000円)・更年期ホルモン治療(1か月分 3,000円~10,000円)
- ・その他(_____)

●最終月経：平成____年____月____日~____日間(1. いつもと同じ 2. いつもと違った)

●ここ半年位のあなたの月経の様子

周期：1. 順調 2. 不順 月経周期____~____日型

月経量：1. 少ない 2. ふつう 3. 多め 4. 困る程多い

月経痛：1. ない 2. ある(軽い・鎮痛剤で治まる程度・寝込むほど重い)

●性交経験(なし・あり) 差支えなければ3か月以内に性交渉があるか教えて下さい(なし・あり)

●産婦人科を受診したことがありますか 1度もなし・検診のみ・症状があつて受診したことがある
(最後にうけた年月：平成____年____月)

●子宮癌検診を受けたことがありますか 1度もなし・1年以内にあり・1年以上前にあり

●今までかかった病気・手術・アレルギー・ピル含め現在飲んでいる薬があれば詳細をお書き下さい

●当クリニックを受診するきっかけ

紹介(_____ 様より)・人に聞いて・看板をみて・インターネット検索にて

- 本日の受診において 1. 保険診療のみで対応してほしい
- 2. 受診理由についてのみ診てほしい
- 3. 保険診療以外受診理由以外にも必要な事はしてほしい

その他ご希望等があればお書きください。(_____)