

問診票			
ふりがな		記入日	令和 年 月 日
お名前		電話番号	()
ご住所	〒	生年月日	大・昭・平・令・西暦
	—		年 月 日

本日はどうなされました・・・あてはまる項目を して下さい

<input type="checkbox"/> 月経の相談 (<input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 痛み伴う)	<input type="checkbox"/> ピルの相談 (<input type="checkbox"/> 緊急避妊 <input type="checkbox"/> これからの避妊 <input type="checkbox"/> ニビ [®])
<input type="checkbox"/> 不正出血がある (<input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 痛み伴う)	<input type="checkbox"/> 漢方の相談 (<input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 過去に服用 <input type="checkbox"/> 服用歴なし)
<input type="checkbox"/> 月経が止まった (<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 妊娠でない <input type="checkbox"/> 不明)	<input type="checkbox"/> 更年期の相談 (<input type="checkbox"/> 汗をかく <input type="checkbox"/> 肌寒い <input type="checkbox"/> ｲﾗｲﾗ)
<input type="checkbox"/> 月経前の体調不良 (<input type="checkbox"/> 仕事・学業に影響 <input type="checkbox"/> むくみ)	<input type="checkbox"/> 月経移動の相談 (<input type="checkbox"/> 遅らせたい <input type="checkbox"/> 早めたい)
<input type="checkbox"/> 外陰部の不快 (<input type="checkbox"/> 痒み <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 熱感)	<input type="checkbox"/> レザ [®] -手術の相談 (<input type="checkbox"/> 異形成 <input type="checkbox"/> 体 [®] 切除 <input type="checkbox"/> その他)
<input type="checkbox"/> おりものが気になる (<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 匂い <input type="checkbox"/> 色付く)	<input type="checkbox"/> 不妊の相談 (<input type="checkbox"/> 不妊症検査の希望 <input type="checkbox"/> タイミング [®] 治療)
<input type="checkbox"/> お腹の違和感 (<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 左右差あり)	<input type="checkbox"/> 妊婦健診の希望 (<input type="checkbox"/> 市内で分娩予定 <input type="checkbox"/> 市外で)
<input type="checkbox"/> 腰の違和感 (<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 足先のしびれ <input type="checkbox"/> 左右差あり)	<input type="checkbox"/> ワクチン接種の希望 (<input type="checkbox"/> ヒトパ [®] ピロ [®] マ <input type="checkbox"/> 風疹)
<input type="checkbox"/> 膀胱炎症状 (<input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 血尿)	<input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶の希望 (<input type="checkbox"/> 今週中に <input type="checkbox"/> 来週でも可)
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (<input type="checkbox"/> ケーポン券あり <input type="checkbox"/> ケーポン券なし)	<input type="checkbox"/> その他 ()

Q1 性交の経験はありますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
Q2 現在で結婚されてますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
Q3 妊娠歴について 妊娠 () 回 → 流産 () 回 ・ 中絶 () 回 ・ 出産 () 回
Q4 最近の月経はいつからですか () 月 () 日から 約 () 日間 <input type="checkbox"/> 不詳
Q5 月経は順調にありますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ) 又は <input type="checkbox"/> 閉経 () 歳頃
「 <input type="checkbox"/> はい」の方 → () 日周期 「 <input type="checkbox"/> いいえ」の方 → () ~ () 日周期

Q6 現在で治療中、又は過去に大きな病気を、したことがありますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)	
「 <input checked="" type="checkbox"/> はい」の方	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳の病気 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 乳房の病気 <input type="checkbox"/> 婦人科の病気 <input type="checkbox"/> こころの病気 <input type="checkbox"/> がん → () がん <input type="checkbox"/> その他 ()
Q7 過去に、手術を受けたことはありますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)	
「 <input checked="" type="checkbox"/> はい」の方	<input type="checkbox"/> () 歳ごろ、() の病気で、() の手術 <input type="checkbox"/> () 歳ごろ、() の病気で、() の手術
Q8 現在で、服用している薬はありますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)	
「 <input checked="" type="checkbox"/> はい」の方	<input type="checkbox"/> 気管の薬 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 脳の薬 <input type="checkbox"/> ステロイド剤 <input type="checkbox"/> アレルギー剤 <input type="checkbox"/> 胃腸の薬 <input type="checkbox"/> 婦人科の薬 <input type="checkbox"/> こころの薬 <input type="checkbox"/> 眼科の点眼 <input type="checkbox"/> 漢方薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
Q9 現在で、薬や食べ物などのアレルギーはありますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)	
「 <input checked="" type="checkbox"/> はい」の方	<input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 局所麻酔 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> 日光 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> タマゴ <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他 ()

Q10 子宮がん検診を2年以内に受けましたか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ) 再検査したことが (<input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある)
Q11 マイナンバーカードによる診療情報取得に同意されますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
Q12 当院をお知りになられたのは (<input type="checkbox"/> 旧医院の頃から <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 病院の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他)