

# 予診票

年 月 日

ふりがな	生年月日
お名前	(大・昭・平) 年 月 日 歳
住所 〒	
電話【ご本人】	【緊急時】 (続柄: )

\* お分かりになる範囲で構いませんので、以下についてご記入をお願いいたします。

⌘どのような症状でいらっしゃるでしょうか？あてはまるものに○をつけてください⌘

1. 月経不順
2. 不正出血
3. 月経痛
4. 月経の量が多い
5. 妊娠の可能性 ( あり ・ なし )  
 妊娠検査の施行 ( あり: 月 日 陽性・陰性 / なし )  
 妊娠の場合 ( 継続・相談中・中絶希望 )
6. 子供が欲しい
7. かゆみ、おりもの ( ピンク・褐色・黄色・白・透明 多い・少ない におい )
8. 下腹痛・腰痛
9. 排尿困難 ( 頻尿 ・ 排尿痛 ・ 残尿感 )
10. 更年期障害 ( のぼせ・肩こり・疲れる・イライラ・その他: )
11. 貧血
12. 定期的な診察
13. 避妊相談 ( 低用量ピル ・ 緊急避妊 ) \* 自費になります
14. 月経をずらしたい \* 自費になります
15. 性病検査希望 \* 症状のない方は自費になります
16. がん検診 ( 子宮がん・乳がん ) \* 症状のない方は自費になります
17. 乳房の症状:
18. その他:
19. 医師に直接話したい

## ⌘ 月経について ⌘

初経は: 才

最終月経は: 月 日より 日間 / 閉経: 才

1. 月経は周期は ( )日周期 ・ 不順 ・ 3ヶ月以上ない
2. 月経は( )日間続く 多い ・ 普通 ・ 少ない
3. 月経痛はありますか いいえ ・ はい( 薬を 飲む ・ 飲まない )
4. 月経前症状はありますか いいえ ・ はい( )
5. その他( )

裏面もご記入ください

☾ 結婚・妊娠について ☾

1. 性交(セックス)の経験がありますか はい・いいえ
2. 結婚 している・未婚 / 現在パートナー(彼氏)がいる
3. 妊娠したことがありますか はい・いいえ  
妊娠したことがある方 分娩 回 普通分娩 帝王切開  
流産 回 / 子宮外妊娠 回  
中絶 回

☾ これまでかかったまたは治療中の病気、手術などについて ☾

1. 手術をしたことはありますか はい・いいえ  
手術をしたことがある方は病名、年齢など
  
2. 主な病気、治療中の病気はありますか はい・いいえ  
病名、年齢、内服薬、病院など \*お薬手帳のある方は提出してください

3. 薬剤や食物でアレルギーや副作用はありますか いいえ・はい( )
4. 喘息はありますか はい・いいえ
5. 輸血など血液製剤を受けたことはありますか はい・いいえ

☾ ご家族に何か特別な病気の方がいますか (がん・遺伝病・糖尿病など) ☾

いいえ・はい (誰が: )  
(病名: )

☾ ご自身について ☾

1. 職業は ( )
2. 身長: cm 体重: kg
3. お酒 飲まない・飲む( 毎日・ 日/週・ 回/月 )
4. たばこ  
吸わない・以前吸っていた・現在吸う ( 本/日 )

☾ その他 何かあればご記入下さい ☾

\*この予診表は診療目的以外では使用いたしません。個人情報保護法に基づいて適切に取り扱いたします。