

愛育クリニック **婦人科** 予診票 1/2

診療の手助けとなりますので、可能な限り詳しくお書きください。

お名前: _____ (_____ 才)

①最後の生理はいつからですか？	_____月 _____日から _____日間 不明	・妊娠中 (妊娠反応陽性も含みます)
②その前の生理はいつからですか？	_____月 _____日から _____日間 不明	・授乳中 ・閉経 _____才
③最後に受けた子宮頸がん検査はいつですか？	20__年__月__日 不明	・異常なし ・異常あり(_____)

受診理由をお書き下さい。

□から該当する箇所を チェックし、右側に詳細をご記入ください。複数回答可です。

<input type="checkbox"/> 妊娠	別紙の産科予診票を記入されて下さい。	
<input type="checkbox"/> 生理の悩み (具体的に)	月経痛・ 月経量が多い・ゴロツとしたかたまりが出る 月経前緊張症候群(PMS)	
	<input type="checkbox"/> 薬を内服 している	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤(_____) その他 <input type="checkbox"/> 漢方(_____)
<input type="checkbox"/> 不正出血	生理前にある・生理が終わってから数日後に・その他	
<input type="checkbox"/> おりものの異常	量が多い・匂いがある・色の変化(_____ 色)・	
<input type="checkbox"/> お腹や腰が痛い	生理の時生理の前・生理に関係なく・性交時・排便時・排尿時 波がある(_____)	
<input type="checkbox"/> 陰部の異常	かゆみがある・痛みがある・できものがある・違和感・	

<input type="checkbox"/> 不妊相談	避妊をしていない期間: _____年 _____ヶ月間
<input type="checkbox"/> 更年期相談	
<input type="checkbox"/> 避妊相談(自費)	緊急避妊(性交日: _____月 _____日の _____時頃)・ピル希望 子宮内避妊具希望
<input type="checkbox"/> 月経移動(自費)	避けたいのは _____月 _____日 ~ _____月 _____日

<input type="checkbox"/> 婦人科検診	子宮頸がん(子宮の入り口)・子宮体がん(子宮の内膜)
<input type="checkbox"/> 性病検査	クラミジア・梅毒・淋病・エイズ・B型肝炎・

<input type="checkbox"/> 他院や検診で 異常を指摘された	内容: 医療機関名:
--	-------------------

<input type="checkbox"/> その他	
------------------------------	--

愛育クリニック 婦人科 予診票 2/2

お名前：
身長()cm 体重()kg

●月経に関して

月経周期	日から 日型 (生理が始まった日から次の生理が始まるまでの日数)		
	持続日数	日から 日間	規則的・不規則的
	量：少ない・普通・多い		症状：下腹痛・頭痛・腰痛・
初経年齢	歳	閉経した方 年齢	閉経 歳

●これまでの妊娠に関してお書きください

妊娠()回 ・分娩()回 ・流産()回 ・中絶()回 ・その他()										
回数	西暦 年/月/日	年齢	週数	児体重 (g)	性別	健否	分娩方法 吸引鉗子 帝王切開	流産 中絶 子宮外妊娠	分娩 施設	体外受精・妊娠高血 圧・ヘルプ症候群・大 量出血・胎盤早期剥離
例	2002/3/3	27	39	3004	女	健	自然分娩		愛育病院	促進剤使用
1	/ /									
2	/ /									
3	/ /									
4	/ /									
5	/ /									

●今までに指摘されたことのある産婦人科疾患・病気について

<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症	<input type="checkbox"/> 子宮腺筋症	<input type="checkbox"/> 子宮奇形	<input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍
<input type="checkbox"/> 性感染症	<input type="checkbox"/> その他()			
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患
<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 自己免疫疾患	<input type="checkbox"/> 喘息(下記に最終発作を記入)		<input type="checkbox"/> ガン
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳内出血	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> 緑内障
<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 血栓症	<input type="checkbox"/> その他()		

上記チェックされた方は下記チェックと詳細をお書きください。

<input type="checkbox"/> 入院歴あり	
<input type="checkbox"/> 手術歴あり	
<input type="checkbox"/> 輸血歴あり	

●その他

<input type="checkbox"/> 飲酒(週に 回)	<input type="checkbox"/> 喫煙(一日 本)
<input type="checkbox"/> 現在服用中の薬()	

●ご家族の病気 ()の中に詳細・続柄をお書きください。
例：☑ガン(祖父・胃癌、父・肺癌)等

<input type="checkbox"/> 高血圧()	<input type="checkbox"/> 糖尿病()	<input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症()
<input type="checkbox"/> 血友病などの血液疾患()		
<input type="checkbox"/> ガン()		
<input type="checkbox"/> その他の遺伝性疾患()		

アレルギー情報

氏名： _____

- ・赤くなる
- ・腫れる
- ・蕁麻疹・唇が腫れる
- ・かゆくなる（耳・喉の奥がかゆい）
- ・口の中がヒリヒリする
- ・息苦しくなる

これまでに以下のものを使用したり食べた時に、上記のようなアレルギー症状を起こしたことがありますか？

			詳細記入してください
薬	抗生剤	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	造影剤	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	痛みどめ (ロキソニン・バファリンなど)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	消毒薬(アルコール綿など)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	その他		

物質	ラテックス	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	避妊具（コンドーム）	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	ゴム製手袋 (キッチン用・掃除用など)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	金属	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	

食品	フルーツ類 (キウイ・マンゴー・バナナなど)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	ナッツ類 (ピーナッツ・アーモンドなど)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	野菜 (アボガド・ポテト・トマトなど)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	

愛育クリニック用 2017/3

(愛育病院の受診時には、入院を考慮した問診票の記入が新たに必要になります。)