

伊東医院問診表

令和 年 月 日

住 所 〒 —

ふりがな 生年月日
氏 名 (大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)

電話番号 () — 携帯番号 () —

★ あなたのお体についてお答えください。

- 今までに大きな病気や手術をされたことがありますか？
(ある ・ ない) ある方は、病気 または 手術の名前 ()
- 肝炎と言われたことがありますか？ (ある B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ ない)
- 輸血を受けたことはありますか？ ある方は、輸血を受けた理由 ()
- 薬や食品などのアレルギーはありますか？ ある方は、その名前 ()
- 現在、治療中の病気や内服中の薬はありますか？ ある方は、その名前 ()
- 結婚していますか？ (はい 結婚した時の年齢 歳 ・ いいえ)
- 妊娠について ●妊 娠 回 ●帝王切開 回
●分 娩 回 ●希望中絶 回
●流 産 回 ●子どもの人数 人
- 生理について ●初潮 歳 ●閉経 歳
●最終生理 月 日 から 日間 (月経周期は 日間)
●その前月の生理 月 日 から 日間

★ 今回の受診理由 (該当する番号に○をつけてください。複数可)

- 妊娠検査を希望する (下の質問にお答えください)
●市販の妊娠検査薬で検査を (した ・ しない) 月 日頃 (陽性 ・ 陰性)
●里帰り分娩 (考えている ・ 考えていない ・ 未定)
●ご希望の分娩先があればご記入ください (ある ・ ない)
(横浜医療センター ・ 国際親善病院 ・ 横浜市民病院 ・ その他)
●過去に当院で出産したことが (ある ・ ない) ある方は、平成 年 月
●中絶 (希望する ・ 希望しない)
- 生理不順・生理痛
- 不正出血・下腹部痛
- 陰部のかゆみ・おりもの
- 不妊の相談
- 避妊の相談
- 生理の日をずらしたい
- 膀胱炎・トイレの回数が多い
- 更年期の症状
- ピルの処方
- 子宮筋腫・卵巣の検査
- 子宮ガンの検査
- 乳ガンの検査
- かぜの症状
- その他 ()

○ご記入いただいた個人情報は、診察以外の目的で使用することは、一切ありません。

MEMO

