

# 初診時間診票

金沢たまごクリニック

下記にご記入いただき、受付へお渡しください。(あてはまるものに○をつけてください)  
問診票に書けないことやわからないことは、診察時に直接医師とお話ください。  
個人情報は厳重に管理致します。

平成 年 月 日

あなたのプロフィールについて				
フリガナ お名前			生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住所	(〒 - )			
ご職業 お勤め先				
連絡できる お電話番号 をご記入ください				
ご自宅( )	携 帯( )	お勤め先( )		
身長	cm	体 重	kg	血液型 ( 型 Rh+・-) )
体外受精を行ったことがありますか 有 (病院名: ) ・ 無				

あなたの月経について	
初潮(月経が始まった)年齢 歳	月経の周期は順調ですか はい ( 日型)・いいえ
月経時、出血は何日間続きますか 日間	月経の出血量はどうか 多い・普通・少ない
最終月経(最近の月経)はいつですか 月 日から 日間	それはいつもの月経と同じでしたか はい・いいえ
月経痛はどうか 強い・普通・弱い	

あなたの結婚・妊娠・分娩(出産)などについて			
性交(セックス)の経験はありますか	はい・いいえ	妊娠した事がありますか	はい・いいえ
結婚していますか	はい (昭和・平成 年 月) ・ いいえ		
妊娠した事がある方はお答えください	分娩 回	自然流産 回	人工流産(中絶) 回
妊娠歴について教えてください			
	年 月	転帰 (分娩もしくは流産など)	週数
①	年 月	分娩(経膈分娩・帝王切開)・流産・子宮外妊娠・その他( )	週
②	年 月	分娩(経膈分娩・帝王切開)・流産・子宮外妊娠・その他( )	週
③	年 月	分娩(経膈分娩・帝王切開)・流産・子宮外妊娠・その他( )	週

これまでにかかった病気などについて (婦人科以外も含めて)	
病気になったり手術を受けた事がありますか	はい・いいえ
おもな病気は	( 歳の時) ・ ( 歳の時)
手術は	( 歳の時) ・ ( 歳の時)
輸血を受けた事がありますか	はい・いいえ
ぜんそくやアレルギー体質ですか	はい・いいえ
薬や注射で副作用が出た事がありますか	はい (薬名 ) ・ いいえ
現在、喫煙はされていますか	はい ( 本 / 日) ・ いいえ

結婚されている方はあなたのご主人について教えてください				
フリガナ お名前			生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
ご職業 お勤め先				
身長	cm	体 重	kg	血液型 ( 型 Rh+・-) )
病気にかかったり手術を受けた事がありますか はい (病名 ) ・ いいえ				

クリニックからの郵送物にクリニック名が書いてあると困りますか
困る ・ 困らない