

# 診療申込書

年 月 日

|       |       |            |          |  |
|-------|-------|------------|----------|--|
| ふりがな  |       | 生年月日       | 年 月 日生 才 |  |
| 氏 名   |       |            |          |  |
| 住 所   | 市 区 町 | 同居の方       | 方        |  |
|       |       | アパート       |          |  |
| 主人の氏名 |       | 連絡先<br>電 話 | ( )      |  |

下記の質問に答えて受付にお渡しください。(あてはまるものに○印つけてください。)

- 保険証の 有 ・ 無                      ●以前当院にかかれたことの 有 ・ 無  
●当院をお選びになった動機              看板を見て・人に聞いて・紹介者のお名前

## I. どうなさいましたか

- 妊娠の有・無 妊娠であれば(分娩希望 当院・帰省・その他)
- 月経が止まった
- 月経の異常
- 月経と違った出血
- おりものが多い  
(赤・ピンク・褐色・黄色)
- 陰部がかゆい、痛い
- おなかが痛い
- 腰が痛い
- しこり(おなか・陰部・乳房)
- 尿がちかい
- 排尿のとき痛む
- 熱がある
- 頭痛、めまい、のぼせ
- 不眠、いらいら、肩こり
- 食欲がない、はきけ
- むくみ
- 胸がドキドキする
- 癌の検査
- 子供ができない
- 性生活の相談
- 避妊の相談
- 性病の心配
- 尿もれ {笑った時  
咳をした時
- その他

## II. あなたの月経について

- 初潮 ( ) 歳 (小・中学・ 年) 春・夏・秋・冬
- 閉経 ( ) 歳
- 最後の月経はいつでしょうか  
年 月 日から 日間
- 月経は順調 ( ) 日型 不順  
(周期とは月経開始日より次の月経開始の前日迄の日数)
- 月経は何日位続きますか ( ) 日間
- 月経の量は 多い(かたまりがでる) 普通 少ない
- 月経の時痛みますか はい いいえ
- 月経の時生理用品は何を使用していますか(パット、タンポン、混合)
- 避 妊 していない している(方法)

### Ⅲ. あなたの結婚、妊娠、分娩について

- 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    同棲中    婚約中                      (                      ) 歳の時  
③ 妊娠したことがある方は次にお答えください。

今まで何回妊娠しましたか                      回                      分娩                      回  
(そのうち早産                      回                      流産                      回                      死産                      回                      人工中絶                      回)

分娩（正常・異常）を年月日順に記入してください。必ず記入してください。

| 分娩年月日 | 妊娠月数 | 種 類 | 性別 | 体 重 | 児の健康状態 | 分娩場所     |
|-------|------|-----|----|-----|--------|----------|
|       |      |     |    |     |        | 当院    他院 |
|       |      |     |    |     |        | 当院    他院 |
|       |      |     |    |     |        | 当院    他院 |
|       |      |     |    |     |        | 当院    他院 |

### Ⅳ. 成人病検診（或いは主婦検診）を受けたことがありますか

はい                      いいえ（異常所見                      有                      無）

- ① 子宮頸がん検査を受けたことがありますか                      はい                      いいえ (                      年                      月施行)  
② 子宮体がん検査を受けたことがありますか                      はい                      いいえ (                      年                      月施行)

### Ⅴ. 今迄かかった主な病気、受けた手術について（婦人科以外も含めて）

- ① 病気になったり手術を受けたことがありますか                      はい                      いいえ

- ② 主な病気は

(                      ) (                      ) 歳のとき

(                      ) (                      ) 歳のとき

- ③ 手術は

(                      ) (                      ) 歳のとき

- ④ アレルギー体質がありますか                      はい                      いいえ

- ⑤ 今まで使った薬や注射で副作用（じんましん等）をおこしたことがありますか

はい                      いいえ

- ⑥ ぜんそくにかかったことがありますか                      はい                      いいえ

- ⑦ 輸血を受けたことがありますか                      はい                      いいえ

### Ⅵ. あなたの職業は (                      )

### Ⅶ. 御主人について

- ① 年齢 (                      ) 歳                      職業 (                      )                      血液型 (                      ) 型    R H ( + - )

- ② 健康ですか                      はい                      いいえ

- ③ 今までにかかった病気は (                      )

### Ⅷ. 家族の中に何か特別な病気の人がありますか

いる                      いない                      （遺伝病、高血圧、糖尿病、癌、その他）

### Ⅸ. あなたの

身長 (                      ) cm                      体重 (                      ) kg                      血液型は                      型    R H ( + - )