

# 《予診表1》

ID. \_\_\_\_\_

(わかる範囲でご記入ください)

フリガナ		フリガナ	
奥様氏名		御主人様氏名	
生年月日	西暦 年 月 日生 ( 才 )	生年月日	西暦 年 月 日生 ( 才 )
身長:	cm	体重:	kg
		BMI:	kg/m <sup>2</sup>
1. 今回受診された理由は？			
<input type="checkbox"/> なかなか妊娠しない* <input type="checkbox"/> 妊娠するが流産・死産となる ( 回 ) <input type="checkbox"/> 第2子希望* <input type="checkbox"/> 他院にて体外受精を勧められた* <input type="checkbox"/> 夫婦生活がうまくいかない (夫・妻)* <small>*にチェックをつけられた方は「予診表2」もご記入ください</small>		<input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 下腹部痛 ・ 腰痛がある <input type="checkbox"/> おりものが気になる <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 尿に近い <input type="checkbox"/> その他 ( )	
2. 最終月経はいつですか？			
・ 月 日～ 日間 ・ 順調 ( 日型 ) ・ 不順 ・ 月経の量 ( 多い ・ 普通 ・ 少ない ) ・ 痛み ( 強い ・ 少しある ・ ない )			
3. 子宮癌検診を、1年以内に受けられましたか？			
<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (20 年 月頃) 結果 (異常なし ・ あり→ )			
4. 内服薬や注射薬でアレルギーを経験したことがありますか？			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名: ) (症状: )			
5. 薬以外でアレルギーを経験したことがありますか？			
ゴム ・ アルコール綿 ・ 金属 ・ 食べ物 ( ) その他 ( ) どのような症状でしたか？( )			
6. これまでに下記のような病気をしたことがありますか？			
癌・結核・糖尿病・高血圧・腎臓病・肝臓病・梅毒・B型肝炎・C型肝炎・甲状腺疾患・心臓病・不整脈・喘息・緑内障・なし			
7. 現在、通院・加療中の病気がありますか？			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )			
8. 現在服用中のお薬がありますか？			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )			
9. 手術もしくは大きな病気・入院などありましたらご記入ください。			
年月	病名	手術・入院	病院名
年 月		手術・入院	
年 月		手術・入院	
年 月		手術・入院	
10. 輸血をしたことがありますか？			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 年 月 )			
11. タバコを吸われますか？			
<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う ( 本 / 日 )			
12. お酒を飲まれますか？			
毎日飲む ・ ときどき飲む ・ 飲まない ・ 飲めない			
13. 当クリニックまでの通院時間は？			
交通機関 ( ) 約 時間			
14. 当クリニックからお伝えしたことがある場合、			
自宅や携帯に電話させて頂く場合がありますが よろしいでしょうか？ (留守番電話でも)		はい (下記にも○をお付けください) ・ いいえ ・ 『レディースクリニック北浜』名乗ってよい ・ スタッフの個人名で名乗るならよい ・ 留守番電話は困る	
15. どこでこのクリニックを知りましたか？			
主治医の先生からの紹介 (病院名 友人 ・ インターネット ・ 新聞		Dr 名 ( ) ・ 駅等の広告 その他 ( )	
何かその他ご希望がございましたらご記入ください			

