

医療法人オーク会 オークなんばレディースクリニック 予診表

フリガナ 氏名	TEL ( ) -	身長	cm	体重	kg
	携帯 ( ) -				
〒		年齢		職業	
生年月日 M・T・S・H		年齢		職業	

当院では個人情報保護法に基づき患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めております。それに伴い、下記の点についてご要望をお聞かせ下さい。  
 お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を差し上げてもよろしいでしょうか？ (はい ・ いいえ)  
 今までに、オーク住吉産婦人科、に受診されたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

1. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (具体名を記入して下さい)

/ 雑誌を見た。(雑誌名: ) / 新聞を見た。( ) / 他施設で勧められた。( )  
 / 知人に聞いた。 / 広告を見た。(場所: ) / 駅の広告を見た。(駅名: )  
 / インターネットで。 / オーク住吉産婦人科で知った。

2. 今日来院された理由を教えてください。(複数でも結構です)

不妊科

子供ができない タイミングの相談 人工授精の相談  
 男女の産み分け 体外受精の相談 その他 ( )  
 ・不妊の問診表をHPからダウンロードされた患者様は、診察室の中へお持ちください。  
 ・不妊の問診表をお持ちでない場合は、診察室で個別に問診をとらせていただきます。

婦人科

月経がとまった、月経が不規則 異常出血 性感染症(性病)の心配  
 妊娠の診断 おりものが気になる(におい、色) プライダルチェック  
 人工妊娠中絶の相談 (赤、ピンク、褐色、黄色、白) 子宮がん検診  
 避妊したい(ピル・リング) 陰部のかゆみ、痛み 乳がん検診  
 緊急避妊ピル(性交後の避妊相談) しこり、できもの(腹部、陰部、乳房) 卵巣がん検診(自費¥5,500)  
 旅行等で生理を遅らせたい 下腹部痛 尿が近い、排尿時痛む  
 (予定月経 月 日・月経を止めたい期間 月 日から 月 日) その他 ( )

3. あなたの月経について

はじめて月経をみた年齢 ( )歳(小・中学 年)  
 最後の月経はいつでしたか? 年 月 日から 日間  
 現在妊娠している可能性はありますか? ( はい ・ いいえ ・ わからない )  
 月経周期は、 順調( )日型 不順  
 月経の量は、(多い・普通・少ない) 固まりは(出る・出ない) 痛みは(ある・ない)

4. あなたの結婚、妊娠、分娩について

性交の経験がありますか? はい ・ いいえ  
 結婚している 年 月 日 歳で、(健康に同居している・離別・死別)  
 結婚していない 同棲中・婚約中  
 妊娠したことのある方は次にお答えください。  
 分娩回数( )回 自然流産( )回 人工中絶( )回

年月日	週数	病院名	分娩の場合		備考
			体重	性別	
年 月 日	週		g	男・女	
年 月 日	週		g	男・女	
年 月 日	週		g	男・女	

5. 今迄にかかった主な病気、受けた手術について(婦人科以外も含めて)

年齢( )歳の時、病名( )  
 薬や食べ物にアレルギーがありますか? はい( ) いいえ  
 ぜんそくにかかったことがありますか? はい ・ いいえ  
 輸血を受けたことがありますか? はい ・ いいえ 血液型( )型・Rh( )

6. 家族の中に何か特別な病気の人がありますか? いる(遺伝病・糖尿病・がん・その他) いない

フリガナ 夫の氏名	年齢	歳	職業	血液型( ) Rh( )
--------------	----	---	----	--------------