

問診票 婦人科・一般

初診日 年 月 日

ID

フリガナ		性別	女・男	生年月日	昭和・平成 年 (西暦 年)
ローマ字表記					月 日生まれ 満 歳
お名前 (ご本人様)	様	身長	cm	職業	事務・営業・サービス業・専門技術職・自営業 医師・看護師・その他医療従事者() 主婦・その他()
		体重	kg		
電話番号	1. 自宅番号 — — 3. Eメール @ 2. 携帯番号 — — 4. 携帯番号(配偶者様) — —				
フリガナ	〒 —				
自宅住所	都道府県 市区町村				
フリガナ		住所	〒 —		
緊急連絡先	様	電話			

本日、ご希望される診察・検査をお選び下さい。

※分娩・人工中絶は行っておりません。

保険診療

- ☐ 月経不順 ※尿提出あり
- ☐ 不正出血
- ☐ おりもの異常
- ☐ 卵巣嚢腫
- ☐ 月経痛
- ☐ 下腹部痛
- ☐ 陰部のかゆみ
- ☐ 多嚢胞性卵巣症候群
- ☐ 月経前症候群(PMS)
- ☐ 子宮筋腫
- ☐ 陰部のできもの
- ☐ その他 ()

自費診療

保険診療と自費診療は同日の受診不可(ピル処方可)
初診料3,300円 その他、診察券代・採血料・休日加算等別途
検査結果は後日となり、再診料1,650円が掛かります。

ピル処方 ※体重・血圧・OCチェック

- ☐ 低用量ピル……………3,300円
- ☐ 月経日調節……………約3,000円
日数によって金額が異なります。

各種検査

- ☐ AMH検査 ▶ 卵巣予備能を調べる採血 ……6,600円
- ☐ 妊娠判定(自然妊娠・セカンドオピニオン) …… ～9,000円
※尿提出あり 検査内容によって金額が異なります。
- ☐ OM採血(基本) ▶ 栄養療法のための60項目の採血・採尿 ……5,500円
栄養療法のためのオプション採血(ご検討される方は医師とご相談ください)
- ☐ ピロリ菌チェック ▶ 採血(ピロリ菌抗体・ペプシノーゲン) ……5,500円
- ☐ ホモシステイン ▶ 採血 ……2,200円
- ☐ 副腎機能 ▶ 採血(DHEA-S・ソマトメジン・コルチゾール) ……6,600円
- ☐ ビタミンD ▶ 採血 ……2,200円

検診コース

- ☐ 子宮頸がん……………3,850円
- ☐ 子宮体がん……………5,500円
- ☐ ブライダルチェック:女性 ▶ 経膈超音波検査・妊娠のしやすさを調べる採血 ……25,630円
※月経2日目～5日目中に行う検査 (初期ホルモン・プロラクチン・AMH・抗精子抗体)
- ☐ ブライダルチェック:感染症採血 ▶ 採血(B型,C型肝炎・梅毒・HIV・クラミジア抗体) ……8,800円
- ☐ 風疹抗体採血……………1,650円
- ☐ その他 ()

上記コースは一例です。医師と相談後、検査項目の追加も可能です。

▶▶ 引き続き裏面にもご記入下さい。



大宮レディスクリニック

女性の方は全て、男性の方は2)と9)以降からお答えください。

1)月経について

初潮:

歳

月経:

順調

・

不順

周期:

日(月経期間)

日間

最終月経:西暦

年

月

日

閉経:西暦

年

月

(歳)

※最近の生理が始まった日をご記入下さい。

2)結婚歴

未婚

・

既婚

結婚年月日:西暦

年

月

日(歳)

3)妊娠歴

なし

・

あり

※「あり」に該当する方は下記をご記入下さい。

分娩歴	なし・あり 西暦	年	月	日(正常・帝切)	流産	なし・あり	西暦	年	月	日(週)
					子宮外妊娠					
					人工流産					

4)性交歴

なし

・

あり

5)現在、妊娠の可能性はありますか?

なし

・

あり

6)過去に、不正出血したことはありますか?

なし

・

あり(いつ頃:)

現在、不正出血したことはありますか?

なし

・

あり(いつ頃から:)

7)子宮がん検診を受けましたか?

いいえ

・

はい

(頸がん:西暦年 月頃 異常なし・異常あり)

(体がん:年 月頃 異常なし・異常あり)

8)過去に婦人科を受診したことはありますか?

なし

・

あり(いつ頃:)

9)過去に、大きな病気や手術をしましたか?

なし

・

あり

また、現在、治療中・服用中の薬剤はありますか?

時期、病名・薬剤名などご記入ください。

10)今までに、アレルギーを起こした薬剤はありますか?

なし

・

あり

(薬剤名:)

11)喫煙していますか?

いいえ

・

はい(1日:本・年数:年)

12)現在、服用しているサプリメントはありますか?

なし

・

あり

(サプリメント名:)

13)家族歴:ご家族の方で該当する場合はお選び下さい。()内に続柄をご記入下さい。例(父・母・姉・祖母など)

1.糖尿病

2.高血圧

3.心疾患

4.甲状腺疾患

5.膠原病

6.その他()

7.なし

14)当クリニックを何でお知りになりましたか?

1.ご紹介

紹介状

なし

・

あり(医療機関名:医師より)

2.インターネット(検索・HP・口コミ・ブログ・SNS)

・

知人に聞いて

・

雑誌

・

その他()

16)備考(その他気になることがあればご自由にご記入ください。)

2023.03.17 改訂版