

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) ……3,300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) ……6,380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……………20,130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・ビタミンD) | |
| ☐ 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	なし・あり	年 月 日(週)
		人工流産	なし・あり	年 月 日(週)
				年 月 日(週)

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ください。()内に続柄をお書きください。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 ・ その他()

16)備考(その他、気になることがあればご自由にお書きください。)