

西川 **婦人科** **内科** クリニック

各種問診表、アンケートもご記入下さい

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
住所	(〒 -)	府 市 町 県 郡 村	利用交通 機関自宅 最寄駅 ()
自宅TEL		携帯TEL	
勤務先名		勤務先☎	
診療内容 該当にチェック して下さい	<input type="checkbox"/> 挙児希望 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 流産・不育症 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> AID <input type="checkbox"/> 更年期 <input type="checkbox"/> AMH <input type="checkbox"/> レイストック <input type="checkbox"/> プライダリック <input type="checkbox"/> 健診 (<input type="checkbox"/> 大阪市 <input type="checkbox"/> その他 (会社名:)) <input type="checkbox"/> 一般婦人科 <input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 筋腫・内膜症 <input type="checkbox"/> おりもの・膣炎 <input type="checkbox"/> 生理日変更 <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 妊娠判定		
当クリニックを 知ったのは (複数回答可)	知人・医療機関よりの紹介 (施設名:) 本/雑誌/新聞 (著書・他書籍:) テレビ/ラジオ (番組名:) 電話帳・看板・Web (パソコン・携帯) の (当院HP・他:)		
フリガナ		性別	男性 ・ 女性
ご主人様 パートナー 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
		携帯☎	
勤務先名		勤務先☎	

西川 婦人科 内科 クリニック

新患問診票

フリガナ
ご氏名

身長 _____ cm

体重 _____ kg

年齢 満 _____ 歳

1) 本日はどのようなことで、ご来院されましたか

[_____]

※上記について、他院にて検査・治療歴等ございましたら、下記に具体的にお書きください。

(尚、お子様をご希望の方は別紙の『不妊アンケート』にご記入ください)

[_____]

2) 月経は順調ですか。各項目を○囲み又は記入ください

- ① 順調 ・ 不順 (月経周期 _____ 日型)
- ② 最終月経はいつでしたか。(いつもより少量の方は、前回の月経日を記入)
年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間
- ③ 月経痛 有 無 ④初潮 _____ 歳 ⑤閉経 _____ 歳

3) 過去に大きな病気、手術等の既往がありましたらご記入ください。(有 無)

例：子宮筋腫 虫垂炎 など

[_____]

4) アレルギーのある方はご記入ください。(有 無)

喘息 鼻炎 花粉症 蕁麻疹 アレルギー性皮膚炎 その他 (_____)
【薬品名 _____ 】 【食べ物 _____ 】

5) 感染症はありますか (有 無) 例：梅毒、結核、肝炎など (_____)

6) 今までにセックス経験はありますか。(有 無)

7) 結婚されていますか。未婚 既婚 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 結婚・再婚)

8) 妊娠の経験はありますか。(有 無)

- ①分娩は何回ですか。
正常分娩 _____ 回 (_____ 年 _____ 月) (_____ 年 _____ 月)
帝王切開 _____ 回 (_____ 年 _____ 月) (_____ 年 _____ 月)
理由： _____

②流産(自然) _____ 回 (_____ 年 _____ 月/妊娠 _____ 週)
(_____ 年 _____ 月/妊娠 _____ 週)

③人工妊娠中絶 _____ 回 (_____ 年 _____ 月/妊娠 _____ 週)
(_____ 年 _____ 月/妊娠 _____ 週)

9) ご兄弟、ご家族の方に以下のご病気はありますか。(有 無)

高血圧(続柄： _____) 糖尿病(続柄： _____) 癌 (_____) (続柄： _____)
脳卒中(続柄： _____) 肝炎(続柄： _____) その他 (_____) (続柄： _____)

10) その他にご相談されたいことがございましたら、ご記入ください。

[_____]

様

		無	軽度	中度	重篤
1	① 顔面紅潮（ほてる）				
	② 発汗				
	③ 冷感				
	④ 息切れ				
2	⑤ しびれ感				
	⑥ 知覚が鈍い				
3	⑦ 不眠症				
	⑧ 眠りが浅い				
4	⑨ 興奮し易い				
	⑩ 神経質				
5	⑪ ゆうつ・くよくよする				
6	⑫ めまい・はきけ				
7	⑬ 疲れやすい				
8	⑭ 肩こり腰痛手足の節々が痛む				
9	⑮ 頭痛				
10	⑯ 心臓のどろきがある				
11	⑰ 皮膚にアリのほう感じ				

自己診断チェックシート(SRQ-D)

記入日 年 月 日

氏名	年齢 歳	性別: 男 女
----	------	---------

SRQ-D(Self-Rating Questionnaire For Depression)は、軽症うつ病発見の手がかりの一つとして行う簡易テストで、表にある18項目の該当欄に○印を記入する。

質問	いいえ	はい		
		ときどき	しばしば	つねに
① 騒音が、気になりますか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
② 体がだるく、疲れやすいですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 音楽を聞いて、楽しいですか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
④ 最近気が沈んだり、気が重くなることがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 議論に、熱中できますか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
⑥ 朝のうち、特に無気力ですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 頭痛持ちですか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
⑧ くびすじや肩がこって、仕方がないですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 事故やけがをしやすいですか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
⑩ 眠れないで朝早く、目ざめることがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪ テレビをみて、楽しいですか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
⑫ 食事が、進まず、味がないですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬ 息がつまって、胸苦しくなることがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑭ のどの奥に、物がつかえている感じがしますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑮ 自分の人生が、つまらなく感じますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑯ 仕事の能率があがらず、何をするのも、おっくうですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑰ 以前にも、現在と似た症状がありましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑱ 本来は仕事熱心で、几帳面ですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

健康調査表

S D S

氏名 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 歳 職業 _____ 未婚・既婚 _____

下記の質問をよく読んで、最近のあなたの状態にもっともよくあてはまると思われる段階を選び、その欄に○印を付けて下さい。なお、必ずすべての質問に答えて下さい。

この欄には記入しないで下さい。



	無いか たまに	時々	しばしば	いつも	処理欄
1. 気分が沈んで、ゆううつだ					
2. 朝方が一番気分がいい					
3. 些細なことで泣いたり、泣きたくなる					
4. 夜、よく眠れない					
5. 食欲はふつうにある					
6. 性欲はふつうにある(異性の友人とつきあってみたい)					
7. 最近やせてきた					
8. 便秘している					
9. ふだんより動悸がする(胸がドキドキする)					
10. 何となく疲れやすい					
11. 気持ちはいつもさっぱりしている					
12. いつもと変わりなく仕事(身のまわりの事)ができる					
13. おちつかず、じっとしてられない					
14. 将来に希望(楽しみ)がある					
15. いつもよりイライラする					
16. まよわず物事をきめることができる					
17. 役に立つ人間だと思う					
18. 今の生活は充実していると思う(今の生活に張りがある)					
19. 自分が死んだ方が、他の人は楽に暮らせると思う					
20. 今の生活に満足している					