

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                          | (〒 - )<br>府 市 町<br>県 郡 村<br>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<br>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<br><input type="checkbox"/> デイストアット <input type="checkbox"/> プライマリック <input type="checkbox"/> 健診 ( <input type="checkbox"/> 大阪市 <input type="checkbox"/> その他 (会社名: )<br><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"/> ビル <input type="checkbox"/> 妊娠判定 |       |              |
| 当クリニックを<br>知ったのは<br>(複数回答可) | 知人・医療機関よりの紹介 (施設名: )<br>本/雑誌/新聞 (著書・他書籍: ) テレビ/ラジオ (番組名: )<br>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<br>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

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

年齢 満 \_\_\_\_\_ 歳

フリガナ  
ご氏名

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。

# 同意書

医療法人 西恵会 西川婦人科内科クリニック  
院長 殿

下記のチェックをいれた緊急避妊法の処方を, お願いします。  
尚、服用にあたり十分に説明を受け、注意事項を厳守いたします。  
また、私自身が申告した月経・性交日時に関する情報に相違ありません。

## 《緊急避妊法》

|                                             |         |
|---------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> レボノルゲストレル 1.5mg×1錠 | ¥12,000 |
|---------------------------------------------|---------|

## 《説明を受けた内容》

- ① 緊急避妊法の仕組み
- ② 緊急避妊法の失敗の可能性
- ③ 緊急避妊ピル服用に伴う、考えられる副作用
- ④ 緊急避妊ピルの服用方法

## 注意事項

- ① 緊急避妊ピル服用後の出血までの性行為について
- ② 次回診察について（服用後21日目に妊娠の有無をチェックして下さい）

最終月経 年 月 日から 日間  
性交日時 年 月 日 時 分（月経周期の 日目）

同意日： 年 月 日

患者氏名

印

※印鑑なきときは省略可

カルテ番号

## 緊急避妊法について

緊急避妊法は、避妊の失敗や避妊をしなかった後に妊娠を回避する方法です。  
コンドームの破れ・ずれによって精液が膈内残った場合も妊娠する可能性があります。

※緊急避妊法には、性交後 72 時間以内の経口ホルモン剤の服用が必要です。

当クリニックではレボノルゲストレル(ノルレボ)を用いた緊急避妊法を行っております。  
よくお読みになってから服用するかを決めて下さい。

### ◎レボノルゲストレル (ノルレボ) 費用 12,000 円

ノルレボを 1 錠(1 錠 1.5mg) 服用する方法です。こちらはあすか製薬のものになります  
妊娠回避率は約 85%で、下腹部痛、頭痛、乳房痛、疲労感などの副作用があります。

### -注意事項-

- 予定月経の前後に月経がくるのが大半です。予定月経が 7 日以上遅れるあるいは月経量が少ない時は、妊娠の可能性もあります。再度受診してください。
- 緊急避妊薬服用後 21 日目に妊娠の有無をチェックしてください。
- 緊急避妊薬は、次の月経までの避妊を保証しているものではありません。  
服用以降も確実な避妊が必要です。
- 緊急避妊薬を頻繁に使用することは望ましくありません。  
確実な避妊法である経口避妊薬(ピル)などを選択することも考慮してください。
- 今後、確実な避妊法であるピルなどを選ぶ時には、緊急避妊法薬服用の翌日からピルを 21 日間毎日服用してください。ピル服用終了後 1 週間ほど経過しても月経がなければ妊娠を疑う必要があります。ピルを服用した場合は、緊急避妊薬服用後 25～28 日目に妊娠の有無をチェックしてください。