

● 問 診 表 ●

フリガナ				ご職業	生年 月 日	明・大・昭・平				
氏名						年 月 日(才)				
現住所	〒					TEL				
						携 帯				
身長	cm	体 重	kg			非妊娠時 体 重	kg			
ご主人 氏名				ご職業	ご主人連絡先 又は緊急連絡先					
				年 齢						

☆はじめて診察をうけられる方は、相当する箇所に○印又は数字等をご記入ください

1. 未婚・既婚(昭・平 年 月に結婚)・離婚 性(SEX)経験 あり・なし
2. 診察の目的(あてはまらない時は医師に申し出て下さい)

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 妊娠かどうか
ご自分で検査されましたか
〔はい 月 日(+・-)〕
〔いいえ〕 2. 妊娠確定後は
〔分娩希望(当院・里帰り)・中絶希望・考え中〕 3. 他院よりの転医(里帰り出産etc.)
出産予定日() 4. 子供が出来ない 5. 避妊の指導 6. 月経が不順 7. 月経の量が(少ない・多い) 8. 不正出血 9. 子宮頸がん検診 10. 子宮体がん検診 11. 卵巣がん検診 | <ol style="list-style-type: none"> 12. おりものが気になる(量・におい・色) 13. 外陰部の症状(かゆみ・いたみ) 14. 子宮筋腫・卵巣のう腫があると言われた 15. 下腹痛 16. 月経痛 17. 排尿痛 18. 更年期症状()が辛い 19. いろいろ 20. 生理をずらしたい
(避けたい日にち 月 日~
月 日まで) 21. 緊急避妊ピル
(性交日時 月 日 時頃) 22. 性病検査 23. その他
() |
|---|---|

3. 妊娠したことのある方は、下の表に妊娠した年齢順にお答えください。

〈あてはまるところに○印、又は数字を書いて下さい〉

妊娠 順	年 月	産時 の 週 数	お子さんの		正 常	吸 か ん 引 し	帝 王 切 開	流 早 産	人 工 妊 娠 絶	子 宮 外 妊	胞 状 奇 胎	妊 娠 高 血 圧 症 候 群
			性 別	出 生 体 重								
1	S H	年 月		g								
2	S H	年 月		g								
3	S H	年 月		g								
4	S H	年 月		g								
5	S H	年 月		g								
6	S H	年 月		g								

4. 最近の月経がはじまったのは()月()日から()日間

周期 順・不順()日型)

月経痛 なし・あり

月経痛時 鎮痛剤は〔飲まない・飲む・薬剤名()を()日間〕

凝血塊(血液のかたまり) なし・あり

初潮 ()才

閉経 ()才

5. 今までにかかった大きな病気や手術はありますか(○で囲む)

なし

あり 心臓病、肝臓病、結核、腎炎、甲状腺、糖尿病、貧血、高血圧

ぜんそく〔最後の発作日()〕、風疹、盲腸、輸血、手術()

6. 現在、服用している薬

なし

あり 薬剤名()

7. 今までにアレルギー症状(ショック、発疹)はありましたか

抗生剤アレルギー なし・あり()

鎮痛剤アレルギー なし・あり()

その他体に合わない薬 なし・あり()

食物アレルギー なし・あり()

その他注意すべき特異体質(ラテックス・金属アレルギー等) なし・あり()

8. タバコ 吸う()本/日)・吸わない

9. 家族、血縁の方がかかった大きな病気

なし

あり がん、遺伝病、高血圧、糖尿病、結核、その他()

10. この病院に来られたのは

①紹介状(なし・あり)

②以前当院で出産した()年()月)

③以前当院にかかったことがある()年()月)

④知人の紹介()様)

⑤その他()

この情報は個人情報保護法に基づき秘密は遵守します