

問 診 票

(あなたの秘密は守り公開しません)

(フリガナ)

氏 名 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 月 日 (_____ 才)

※氏名は戸籍と同じ文字で記入してください

〒

現 住 所 _____

(ご自宅) _____

電話番号(携 帯) _____ 外国籍の方は国籍を記入してください (_____)

あなたの 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 今日は何の様なことで病院にこられましたか

・月経がない

↳ 妊娠の確認ですか? はい ・ いいえ

↳ 妊娠検査薬のチェックはしましたか? はい [陽性・陰性] ・ いいえ
検査日 /

- ・子どもがほしい
- ・性器出血
- ・おりもの (白色・黄色・褐色)
- ・下腹部痛
- ・かゆみ
- ・がん検診 (子宮・乳)
- ・その他 (_____)

2. あなたの結婚について

(1) 正 式 結 婚

・結婚している (入籍 西暦 _____ 年)

夫 (パートナー) 生年月日 西暦 _____ 年 月 日 (_____ 才)

・まだしていない

・していたが現在は独身 [死 別 ・ 離 婚]
西暦 _____ 年

(2) 現在結婚していない方

※性交について

・今までに男性と全く関係がない

・過去には関係があった

・現在もある

・同棲中 (西暦 _____ 年 月頃から)

3. 月経について

(1) 最初にあった月経 (初経) は (_____) 才

(2) 現在、月経の周期は (大体順調 ・ 不順)

(3) だいたい何日ごと (周期) にありますか (_____) 日

(4) あれば何日続きますか (_____) 日

(5) その量は (少ない ・ 普通 ・ 多い)

(6) 生理痛 (軽い ・ 普通 ・ やや重い ・ すごくひどい)

(7) 月経時の障害はありますか (下腹部痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ 凝血 ・ その他 / ない)

(8) 最近あった月経は (/) から (_____) 日間

その状態は (いつもと同じ ・ いつもより多い ・ いつもより少ない ・ 早くなった ・ 遅くなった)

(9) 閉経した方 閉経 (_____) 才

裏面もご記入ください

4. あなたの今までの妊娠経験について ・あり ・なし

[出生時体重]

[病院名]

1	西暦 年 月 日	正常産・帝王切開・異常産()・流産・中絶・その他	妊娠中毒症 妊娠高血圧症	g	男・女	
2	西暦 年 月 日	正常産・帝王切開・異常産()・流産・中絶・その他	妊娠中毒症 妊娠高血圧症	g	男・女	
3	西暦 年 月 日	正常産・帝王切開・異常産()・流産・中絶・その他	妊娠中毒症 妊娠高血圧症	g	男・女	
4	西暦 年 月 日	正常産・帝王切開・異常産()・流産・中絶・その他	妊娠中毒症 妊娠高血圧症	g	男・女	
5	西暦 年 月 日	正常産・帝王切開・異常産()・流産・中絶・その他	妊娠中毒症 妊娠高血圧症	g	男・女	
6	西暦 年 月 日	正常産・帝王切開・異常産()・流産・中絶・その他	妊娠中毒症 妊娠高血圧症	g	男・女	

5. 今までかかった病気について ・あり ・なし

かかった病気は 病名() 西暦 年 月 日
病名() 西暦 年 月 日

6. 輸血について ・あり ・なし

7. あなたのタバコについて ・吸う(本/日) ・吸わない

8. ご家族の病気・タバコについて ・あり ・なし

[続柄]

_____()才 職業() 病歴() タバコ()本/日
_____()才 職業() 病歴() タバコ()本/日
_____()才 職業() 病歴() タバコ()本/日

9. あなたのアレルギーについて ・あり ・なし

- (1) 発疹が出た (はい・いいえ) (原因:)
 (2) 気分が悪くなった (はい・いいえ) (原因:)
 (3) 「ピリンアレルギー」といわれた (はい・いいえ) (原因:)
 (4) その他のアレルギーといわれた (はい・いいえ) (原因:)
 (5) ショックのような症状があった (はい・いいえ) (原因:)
 (6) その他の副作用 (はい・いいえ) (原因:)
 (7) 「アルコールアレルギー」といわれた (はい・いいえ) (原因:)
 (8) 注射・薬によるアレルギーがあった人はその薬名を書いてください
 注射() 内服()

10. あなたの家族でアレルギー疾患があるといわれた人がいますか ・はい ・いいえ

「はい」の人はその人との関係と如何なるアレルギーかを書いてください
()

記入日 平成 年 月 日

ありがとうございました。以上のことをお書きになりましたら、受付にお出してください。

中根産婦人科