

NO.

問 診 票

来院日： 年 月 日

ふりがな 氏 名	生年月日 (S・H) 年 月 日生	年齢	職業
住所 〒	身長 cm	体重 (妊娠前) kg	
TEL (自宅)		(携帯)	

◎本日はどのようなことで来院されましたか？

- 妊娠判定 (市販検査薬で確認されましたか？ : いいえ / はい ⇒ 確認日()月()日 結果 (+・-))
- 妊婦健診 分娩予定日: 年 月 日 今までかかっていた病院 ()
分娩施設に関して: 当院を希望 ・ 他院を希望
- 子宮がん検診の希望 (頸癌・体癌)
- 月経について 更年期症状 不妊・不育 おりものについて 陰部のかゆみや痛み
- 排尿について ピル希望 緊急避妊 (月 日 時頃)
- その他・詳細: (症状、いつから、どのようになどなるべく詳しくお書き下さい。)

◎子宮癌検診を受けたことが (ない ・ ある) (年前)

① 月経について ・ 初潮: () 歳 ・ 閉経: () 歳

- 最終月経開始日: () 月 () 日 ~ () 日まで ・ 月経持続期間: () 日 ~ () 日
- ・ 月経周期 (月経開始から次の月経開始までの期間): 不規則・規則的 () 日 ~ () 日
- ・ 月経痛: なし・軽度・中等度・高度
- ・ 月経量: 少ない・普通・多量・血のかたまり
- ・ 性経験: なし・あり
- ・ 結婚: 未婚・既婚 () 歳の時 ⇒ ※未婚の方: 結婚の予定がある・結婚の予定がない
- ・ 離婚歴: あり・なし ・ 再婚: () 回

② アレルギーについて

- 薬剤アレルギー: なし・あり () 食物アレルギー: なし・あり ()
- アルコール綿かぶれ: なし・あり テープかぶれ: なし・あり その他 ()

③ 煙草: 吸わない・吸う (本 / 日) ・ お酒: 飲まない・飲む (杯 / 日)

④ 過去の妊娠・分娩について

妊娠・分娩経験とその内容をご記入ください。

妊娠 () 回 / 分娩 () 回 / 流産 () 回 / 中絶 () 回

年 月 日 (週数)	体重	性別	健否	妊娠分娩経過	分娩施設
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・流産・中絶・死産	
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・流産・中絶・死産	
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・流産・中絶・死産	
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・流産・中絶・死産	
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・流産・中絶・死産	

⑤ これまでの病気について、該当するものはありますか？あればチェックして下さい。

- 該当なし ぜんそく 甲状腺疾患 性病 高血圧 肝炎 糖尿病 精神疾患
- 婦人科疾患 () 手術歴 (何の手術ですか:)
- その他 ()

(いつから)

現在服用中のお薬: なし・あり ()

⑥ 近親者のご病気について、該当するものにチェックし続柄をご記入下さい。例: 高血圧 祖父

- 該当なし 高血圧 _____ 糖尿病 _____ がん _____
- 脳血管疾患 _____ 精神疾患 _____ 遺伝疾患 _____ その他 ()

ご記入ありがとうございます。上記の個人情報は、秘密を厳守致します。
記入が終わりましたらスタッフまでお渡し下さい。