

問 診 票

来院日： 年 月 日

フリ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	歳
住 所	〒 -	電話番号		
実 家	〒 -	携帯番号		
身 長	体 重 (非妊時)	血 液 型	職 業	

◎本日の来院理由について（症状、いつから、などなるべく詳しくお書き下さい。）

- 妊娠の疑い ⇒市販検査薬で確認：未・済（検査日： 月 日頃 / 結果：陰性・陽性）
⇒分娩を希望（する・しない・考え中） ⇒分娩施設（当院・他院・帰産・考え中）
- 妊婦健診 ⇒分娩予定日（ 月 日）
- 腹痛 生理痛 不正出血 生理不順（生理がない） 子宮筋腫 卵巣のう腫
- 子宮癌検診 アフターピル（緊急非妊） 外陰部（痛み・腫れ・かゆみ・その他（ ））
- おりもの（多い・臭い・色が気になる） 膀胱炎症状（排尿痛・頻尿・残尿感） 更年期症状
- * 子宮がん検診を最後に受けたのはいつ？ _____年_____月 異常なし・異常あり / 受けてない

その他
詳細： _____

- ① 月経・結婚について ・最終月経開始日： () 月 () 日
・初潮：() 歳 ・閉経：() 歳
・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・その他 ()
・月経量： 少ない・普通・多量・その他 ()
・性経験： なし・あり ・結婚： 未婚・既婚 () 歳の時 ・離婚回数： () 回
・夫・パートナー： なし・あり

- 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 ()
・その他： ()

- ③ 過去の妊娠・分娩について
・これまでに妊娠・分娩されたことはありますか？分娩経験がある場合、その内容をご記入下さい。
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	当院/他院
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・流産・中絶・死産	当院/他院
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・流産・中絶・死産	当院/他院
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・流産・中絶・死産	当院/他院
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・流産・中絶・死産	当院/他院

- ④ 下記の項目のうち、該当するものにチェックして下さい。□ 該当なし
- 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 結核 甲状腺疾患 遺伝性疾患
- アレルギー 喘息 不妊治療 自己免疫疾患 脳梗塞 脳内出血 てんかん
- 手術歴 輸血歴 精神疾患 性感染症 悪性疾患 血栓症
- その他 ()

- ⑤ 近親者のご病気について、該当するものにチェックして横に続柄をご記入下さい。例：☑ 高血圧 祖父
- 高血圧 _____ 糖尿病 _____ 血栓症 _____
- 心・脳梗塞 _____ 乳癌 _____ 子宮癌 _____ 該当なし
- 卵巣がん _____ その他 () _____

ご記入ありがとうございました。