問　診　票

来院日：　　年　　月　　日

ハシイ産婦人科の診察券をお持ちの方の診察券番号（ID：　　）

フリガナ 氏　名			生 年 月 日	年　　月　　日			歳
住　　所	〒　　ー				携帯番号		
配偶者氏名 （パートナー）					緊急連絡先	氏名（　　）続柄（　　）	
身　　長		体　重 （非妊時）		血 液 型		職　　業	

①本日の来院理由について

☐腹痛　☐不正出血　☐生理痛　☐ＰＭＳ　☐生理不順（生理がこない）　☐子宮頚がんワクチン
☐おりもの（多い・臭い・色が気になる）　☐外陰部（痛み・かゆみ・腫れ・その他（　　）
☐子宮がん検診　☐子宮筋腫　☐卵巣腫瘍　☐更年期症状　☐アフターピル（緊急避妊）
＊子宮がん検診を最後に受けたのはいつですか？　年　　月　異常なし・異常あり　／　受けてない
☐妊娠　⇒検査薬で確認：未　・　済　（検査日：　月　　日ごろ　/結果：　陰性・陽性
⇒妊娠を継続（する・しない・考え中）　⇒分娩施設　本院・他院・里帰り・考え中
☐その他　※症状、いつから、などなるべく詳しくお書き下さい。
（　　）

②生理について

・初潮：　　歳　　／　閉経：　　歳
・最終月経開始日：　　月　　日　～　　日間
・生理周期（生理開始から次の生理開始までの期間）：　規則的・不規則　　日～　　日 周期
・生理痛：　なし・軽い・普通・強い
・生理痛の時にお薬は飲みますか　いいえ・　はい（お薬の名前：　　）
・生理の量:　少ない・普通・多い・その他（　　）
・性経験：　なし・あり

③アレルギーについて該当する項目に○を記入してください

・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　・ゴム（ラテックス）　・その他（　　）

④結婚、妊娠・出産について

・結婚：　未婚・既婚　（　　）歳の時　・離婚回数：（　　）回
・これまでに妊娠・出産されたことはありますか？出産経験がある方は、下記ご記入下さい。
妊娠（　　）回　出産（　　）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

⑤ご自身の病気について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　☐ 甲状腺疾患　☐ 自己免疫疾患　☐ てんかん
☐ 性感染症　☐ 精神疾患　☐ 悪性疾患　☐ 喘息　☐ 血栓症　☐ 脳梗塞
☐ 不妊治療（ 現在治療中・過去に治療していた ）　☐ 手術歴（　歳　　）　☐輸血歴
☐ その他：
☐ 現在服用中のお薬はありますか　なし・あり（　　）

⑥血縁のご家族の方の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。

☐ 該当なし
☐ 高血圧 ＿＿＿＿　☐ 糖尿病 ＿＿＿＿　☐ 脳血管障害 ＿＿＿＿
☐ 心疾患 ＿＿＿＿　☐ 乳がん ＿＿＿＿　☐ 子宮がん ＿＿＿＿　☐ 卵巣がん ＿＿＿＿
☐ その他：

ご協力ありがとうございました　　**ハシイウィメンズクリニック**