

問 診 票

年 月 日

ふりがな	〒 住所
氏名	
生年月日 年 月 日 (歳)	
身長 cm 体重 kg (妊娠中の方は妊娠前)	電話番号: ()
(既婚 ・ 未婚 ・ 入籍予定) 配偶者/パートナー氏名 (歳)	
緊急連絡先: 電話番号 () (続柄)	

◆本日はどうなさいましたか。当てはまる項目に☑または○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 妊娠かどうか (分娩希望 ・ 未定 ・ 中絶希望) ※分娩先 (当院 ・ 未定 ・ 他院)			
<input type="checkbox"/> 妊娠中 (分娩予定日 年 月 日 ・ 未決定) <input type="checkbox"/> 不妊治療での妊娠			
<input type="checkbox"/> 月経不順	<input type="checkbox"/> 月経痛	<input type="checkbox"/> 月経量の異常	<input type="checkbox"/> 月経前症候群
<input type="checkbox"/> 卵巣のう腫	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 不正出血
<input type="checkbox"/> 更年期障害	<input type="checkbox"/> 尿のトラブル	<input type="checkbox"/> おりものの異常	<input type="checkbox"/> 外陰部の異常
<input type="checkbox"/> その他 ()			
自費診療 { <input type="checkbox"/> 性病の検査 <input type="checkbox"/> 生理日変更 <input type="checkbox"/> アフタービル <input type="checkbox"/> 避妊希望 <input type="checkbox"/> ブライダルチェック <input type="checkbox"/> プレコンセプションケア			

◆月経について

一番最近の月経 (月 日から)	周期 (~ 日周期 ・ 不順)
その前の月経 (月 日から)	初経 (歳)
月経量 (少ない ・ 普通 ・ 多い)	閉経 (歳)
月経痛 (弱 ・ 中 ・ 強) → 鎮痛薬の使用 (なし ・ あり)	

◆妊娠・分娩について

①性交経験 (なし ・ あり)

②今までの妊娠 (なし ・ あり) → 分娩 (回) 流産 (回) 中絶 (回) 異所性妊娠 (回)

	年(西暦)	週数	出生体重	分娩方法 (あてはまるものに○、複数回答可)
1			g	正常 吸引 鉗子 無痛 帝王切開 (理由:)
2			g	正常 吸引 鉗子 無痛 帝王切開 (理由:)
3			g	正常 吸引 鉗子 無痛 帝王切開 (理由:)
4			g	正常 吸引 鉗子 無痛 帝王切開 (理由:)

③妊娠、分娩の異常 (あてはまるものに○)

切迫早産・妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・双胎妊娠・胞状奇胎・死産・その他 ()

◆現在および過去の病気、手術 (婦人科以外も含めて) があればお書きください。

(歳)	(歳)
(歳)	(歳)

◆使用している薬 (婦人科以外も含めて) があればお書きください。

◆その他

①食べ物のアレルギー (なし ・ あり 食べ物:) 症状 ()

②薬のアレルギー (なし ・ あり 薬剤名:) 症状 ()

③喘息 (なし ・ あり)

④喫煙 (吸わない ・ 吸う 本/日)

⑤子宮がん検診を受けたこと (ない ・ ある) 最後に受けたのは (年)

