

## 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"/> アフターピル
<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 g	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)

