

問診票

診察上、大切な情報となります。ご記入にご協力ください。知り得た情報は、大切に保管させていただきます。

ふりがな	昭和・平成	年	月	日生 (歳)
お名前	様	職業 ()		
〒	自宅	-	-	
ご住所	携帯	-	-	

- 1 本日はどうなさいましたか？ 該当箇所○
- 妊娠確認 (当院で分娩希望・他院で分娩希望) 中絶希望、里帰り相談 → [通院中病院名 予定日 年 月 日]
- 月経異常 (不順・量が多い・痛む) 不正出血、おりものの異常、外陰部 (かゆみ・痛む)
- 子宮がんの検査、腹痛・腰痛、不妊の相談、更年期障害、排尿時の痛み、尿が近い
- 性病の心配、子宮筋腫、卵巣の腫れ、乳腺炎、セカンドオピニオン、生理をずらしたい
- プラセンタ注射、予防接種 (インフルエンザ・風疹)、風疹抗体検査
- 避妊相談、アフターピル希望、その他 ()

※症状・診察内容によっては、採尿が必要な場合があります。

2 身長 cm 体重 (妊娠中の方は妊娠前の体重をご記入ください)

- 3 月経についてお聞きます。
- 初潮 歳・閉経 歳
- 量は 多い・普通・少ない
- 最終月経開始日は、 月 日 から 月 日まで
- 月経周期 日 順・不順

- 4 今までの妊娠や出産についてお聞きます。
- 現在、結婚されていますか？ はい (S・H 年) ・ いいえ (結婚予定 あり・なし)
- 性交の経験はございますか？ はい・いいえ
- 妊娠の経験はございますか？ はい (回) ・ いいえ
- 妊娠・分娩歴 自然流産 (回) ・人工中絶 (回) ・子宮外妊娠 (回)

分娩年月日	週数	妊娠・分娩時の異常	性別	出生体重	分娩場所	健否
年 月 日	週			g	当院・他	健・否
年 月 日	週			g	当院・他	健・否
年 月 日	週			g	当院・他	健・否
年 月 日	週			g	当院・他	健・否
年 月 日	週			g	当院・他	健・否

※妊娠・分娩時の異常とは、早産・妊娠高血圧・GBS感染症・新生児仮死・分娩時出血が多かった、など。

- 5 今までにかかれたことのある病気や手術はありますか？ なし・あり
- 高血圧・糖尿病・腎疾患・心疾患・甲状腺疾患・肝炎・精神疾患・悪性腫瘍・てんかん
- 喘息 (最終発作 年 月 歳) 脳梗塞・脳内出血・血栓症・自己免疫疾患・血液疾患
- その他

手術の経験 なし・あり ()

輸血の経験 なし・あり ()

最後に子宮がん検診を受けた時期 なし・あり (年 月 富士市がん検受診券使用・会社健診・その他)

- 6 現在、使用されている薬がありますか？ なし・あり (薬品名)
- ※ありの方は具体的にご記入ください。

- 7 アレルギー、喫煙、飲酒についてお聞きます。アレルギー なし・あり
- (薬:) (食物:) (その他: 花粉・金属・ゴム)

たばこ 吸わない・以前、吸っていた・現在吸っている (本 / 日)

飲酒 しない・ときどき・ほぼ毎日 (を / 日)

- 8 過去3カ月以内に以下のことはありましたか？
- 発熱・発疹・首のリンパ節の腫れ・風疹患者との接触・児童との接触が多い職場での就労

当院にいらしたきっかけは何ですか？

紹介 (様ご紹介) インターネット・HP・以前通院していた・その他 ()

診察時のご要望等がございましたら、ご遠慮なくご記入ください。