

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・令和	年	月	日生（	歳）
お名前	様	職業（			）
〒	自宅	-	-		
ご住所	携帯	-	-		
※ 国籍	日本・他（			※言語	日本語・他（

- ◎ 当該医療機関は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
- 1 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ
- 2 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ
- 3 本日はどうなさいましたか？ 該当箇所に○
- 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 ・ 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 ・ 風疹抗体検査 ・ 4D ・
避妊相談（ピル希望 ・ アフターピル希望） ・ その他（
- 4 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)
- 5 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
- 6 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（旧姓： S ・ H ・ R 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 分娩回数（ 回） ・ 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 | 経膣・帝王切開 | | g | 当院・他 | 健・否 |
| 年 月 日 | 週 | 経膣・帝王切開 | | g | 当院・他 | 健・否 |
| 年 月 日 | 週 | 経膣・帝王切開 | | g | 当院・他 | 健・否 |
| 年 月 日 | 週 | 経膣・帝王切開 | | g | 当院・他 | 健・否 |
| 年 月 日 | 週 | 経膣・帝王切開 | | 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。
- 7 今までにかかれたことのある病気や手術はありますか？ はい ・ いいえ
- 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
- 8 現在、使用されている薬がありますか？ なし ・ あり（薬品名
- 9 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 ※ありの方は具体的にご記入ください。
（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） |
- 10 過去3カ月以内に以下のことはありましたか？ はい ・ いいえ
- 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） ・ ホームページ ・ Google検索 ・ Instagram ・ その他SNS ・ 口コミサイト（
・過去に受診歴あり ・ 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。