

ID _____

問診票

診察を受けるにあたって必要な項目をご記入ください。妊娠されている方は、裏面の記入もお願いします。

フリガナ		平成 昭和 大正	生年月日	_____年__月__日	___歳	職業 (_____)
お名前	_____					
現住所 (〒 _____)	_____					
自宅電話番号 (_____)	携帯電話番号 (_____)	メール (_____)				
身長 _____ cm	体重 _____ kg	性交経験 (有・無)	結婚 (有・無・予定・離婚)	_____ 歳		

1. 本日はどうなさいましたか？ (複数回答可)

- 妊娠の確認 子宮がん検診 不妊相談 避妊相談 更年期相談 不正出血 子宮筋腫 卵巣腫瘍
 月経異常 (月経痛、月経の量が多い、月経不順) 下腹部の痛み・違和感 腰痛 おりものが心配
 子宮が下がった感じがする 尿が近い・もれる・残尿感 性病が心配 外陰部の痛み・かゆみ・できもの
 婦人科受診をすすめられたため その他 (_____)

2. 月経について

初潮 _____ 歳、閉経 _____ 歳、月経 (順調・不順)、周期 _____ 日間隔、期間 _____ 日間
 月経痛 (強い・中位・弱い・無)、月経量 (多い・中位・少ない)
 最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間、いつもと (同じ・ちがう)

3. 妊娠、分娩について

妊娠したことがありますか？ (流産・中絶も含みます) (有・無)

分娩年月日	妊娠週数	妊娠経過	妊娠・分娩時異常	性別	出生体重	健否	出産場所
年 月 日	週	分娩・流産・中絶		男・女	g	健・否	
年 月 日	週	分娩・流産・中絶		男・女	g	健・否	
年 月 日	週	分娩・流産・中絶		男・女	g	健・否	
年 月 日	週	分娩・流産・中絶		男・女	g	健・否	
年 月 日	週	分娩・流産・中絶		男・女	g	健・否	

4. あなた自身のことについて

- 今まで大きな病気にかかったことはありますか？ 無・有 (_____)
 手術をうけたことはありますか？ 無・有 (_____)
 現在治療中の病気はありますか？ 無・有 (病名 : _____)
 内服中の薬はありますか？ 無・有 (薬剤名 : _____)
 薬のアレルギーはありますか？ 無・有 (薬剤名 : _____)
 その他アレルギーはありますか？ 無・有 (_____)
 ぜんそくはありますか？ 無・有 最終発作 _____ 年 _____ 月

5. あなたのご家族について

ご両親、ご兄弟に糖尿病、高血圧、遺伝性疾患の方はおられますか？ はい・いいえ

6. その他

- タバコを吸いますか？ はい・いいえ (1日 _____ 本)
 お酒を飲みますか？ はい・いいえ
 子宮がん検診を受けたことがありますか？ はい・いいえ (_____ 年 _____ 月)

7. 当院にいらしたきっかけは何ですか？

看板を見て・インターネット・イエローページ・紹介 (紹介者名 : _____)

