

HE ( )  
HZ ( )

### 問診票

令和 年 月 日 (正確にご記入ください)

ふりがな 氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日生( )歳
住所	〒 ( - )		緊急連絡先TEL	続柄( )			
携帯番号			職業	配偶者	無・有		
自宅電話				夫携帯			

《当院へ里帰りする方へ》 \*実家等の連絡先をご記入ください。

ふりがな 氏名	続柄	住所	〒 -	TEL	
------------	----	----	-----	-----	--

診察の目的を○で囲んでください。

産科	婦人科	渡航歴	【無・有】
<ul style="list-style-type: none"> <li>妊娠検査 妊娠検査薬 ( + ) ( - ) ( 未検査 ) すでに他院で確認済の方は病院名をご記入ください (病院名: ) 出産を希望する ( 当院で ・ 他院で ) 出産を希望しない</li> <li>出血</li> <li>その他 ( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生理不順 ・ 出血 ・ 子宮がん検査</li> <li>生理の異常 ( 長引く ・ 多い ・ 少ない ・ 痛む )</li> <li>腹痛 ・ 腰痛 ・ おりもの ( におい ・ 量 ・ 色 )</li> <li>外陰部のかゆみ ・ 外陰部の痛み</li> <li>更年期障害 ( のぼせ ・ めまい ・ 冷え ・ 肩こり )</li> <li>避妊の相談 ・ アフターピル ・ 性病検査</li> <li>生理日の変更 → ずらしたい時期 ( / ~ / )</li> <li>その他 ・ プライダルチェック</li> </ul>		

診療上、大切なことです。もれのないようにご記入ください。

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg	食物アレルギー等	【無・有 ( )】
初潮 ( ) 歳 結婚 ( ) 歳	薬物アレルギー等	【無・有 ( )】
初婚・再婚・未婚	飲酒	【無・有 ( )】
周期 ( ) 日型 閉経 ( ) 歳	喫煙	【無・有 1日 ( ) 本】
最終月経 ( 月 日から )	授乳中	【無・有】
子宮がん検診受診 過去1年以内	現在または過去の病気 無・有	現在内服中の薬剤名 無・有
・有 _____ 年 _____ 月 異常 無・有	( )	( )
・無		

性交の経験 ( 無 ・ 有 )

妊娠歴 ( 今回の妊娠を含む )

妊娠 ( ) 回 そのうち分娩 ( ) 回  
中絶 ( ) 回 流産 ( ) 回

家族歴

・高血圧 【無・有 ( 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 )】  
・糖尿病 【無・有 ( 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 )】  
・その他 【 \_\_\_\_\_ 】

分娩歴

年月日 (週数)	体重	性別	同居	妊娠分娩経過	分娩施設
/ / ( )	g	男・女	同・別	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・死産	
/ / ( )	g	男・女	同・別	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・死産	
/ / ( )	g	男・女	同・別	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・死産	
/ / ( )	g	男・女	同・別	自然分娩・帝王切開 (予定・緊急)・死産	