

問診票

ID	
記入日	R 年 月 日

お名前	ふりがな		年齢： 歳	職業：
生年月日	S · H · R	年 月 日	身長： cm	体重： kg
現住所	〒			国籍：
電話番号	固定電話：		携帯電話：	
緊急連絡先	〒			
	氏名：		続柄：	電話番号：

※以下の当てはまる項目にチェック、記入、○印をお願いします

1.本日来院された目的

何か症状があった

外陰部の かゆみ・痛み おりもの 不正出血 下腹部痛 腰痛 月経痛 月経不順
膀胱炎 不妊 プライダルチェック 性感染症 更年期障害 子宮脱 SEXに関する相談
その他 ()

ほかの病院・健診で指摘された 紹介状・健診結果： 有 ・ 無

子宮筋腫 子宮内膜症 (子宮腺筋症含) 卵巣のう腫 不妊
() がんの疑い その他 ()

婦人科検診希望 (自費での診療になります)

がん検診 () 性感染症 () その他 ()

妊娠に関すること 市販の妊娠検査薬： 済 ・ 未

今回の妊娠について： 自然妊娠・不妊治療後妊娠 (病院名：)

【分娩場所の希望】 他院受診済みの方 → 出産予定日： 年 月 日

- いずれかに○をつけて下さい
- ①当院 ※分娩予約が大変取りにくくなっております。当院分娩をお考えの場合は**初診時**にお申し出ください
 - ②転院 (病院名：) ④その他 ()
 - ③里帰り (病院名：)

※ 当院分娩希望の場合 (経産婦さんのみ対象) → 無痛分娩の希望： 有 ・ 無

2.月経について

- ・初めて月経があったのは _____ 歳
 - ・閉経した年齢は _____ 歳
 - ・月経周期： 順調 (_____ 日周期) ・ 不順 _____ 日間続きます
 - ・最終月経開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日から
 - ・月経時の出血量： 少 ・ 中 ・ 多
 - ・月経痛の程度： 無 ・ 弱 ・ 中 ・ 強
 - ・常用している痛み止め： 無 ・ 内服薬 (_____) ・ 座薬 (_____)
 - ・痛み止めの効果： 有効 ・ 普通 ・ 無効
- 裏面の記入もお願いします→

3.結婚・妊娠・分娩について

- ・結婚されていますか [はい : 結婚年齢_____歳 初婚 ・ 再婚]
 [いいえ : 未婚 ・ 入籍予定 ・ 離別 ・ 死別]
- ・SEXの経験は : 有 ・ 無 ・妊娠したことは : 有 ・ 無

これまでの出産状況について、下記の表に記入して下さい。

	出産年齢	週数	性別	出生体重	妊娠経過	出産状況
1	歳	週	男・女	g	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他()
2	歳	週	男・女	g	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他()
3	歳	週	男・女	g	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他()
4	歳	週	男・女	g	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他()
5	歳	週	男・女	g	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他()

4.現在治療中の病気や過去にかかった病気、手術、アレルギー、嗜好について

- ・現在治療中の病気は : 無 ・ 有 (病名 _____)
- ・今までにかかった病気 : 無 ・ 有 [糖尿病、高血圧、() 癌、心・肝・腎疾患、
 婦人科疾患 ()、その他 ()]
- ・現在服用している薬は : 無 ・ 有 : 薬の種類 () () ()
- ・今まで受けた手術は : 無 ・ 有 : 虫垂炎、子宮の手術、卵巣の手術、その他 ()
- ・過去に輸血の経験は : 無 ・ 有
- ・アレルギーは : 無 ・ 有 [薬 () 食物 ()
 喘息、花粉症、ゴム、その他 ()]
- ・喫煙の習慣は : 無 ・ 有 : 現在_____本/日、喫煙年数_____年
- ・飲酒の習慣は : 無 ・ 有 : _____を_____mL程度/ 日 ・ 週 ・ 月

ご記入ありがとうございました。
 あらかわレディースクリニック