

記入年月日 年 月 日

問診票

ご記入いただいた個人情報は診療以外に使用することはありません。正確なご記入をお願いいたします。

*当院ではフルネームでお呼びしています。ご都合の悪い方はお申し出ください。

フリガナ

(西暦)

本人氏名 生年月日 年 月 日 (歳)

職業

携帯番号 ー ー

〒

電話番号の変更は必ずお知らせください。

住所 自宅 ー ー

*以下の質問にお答えください。(○で囲むか、必要事項を記入してください。)

【1】 身長 cm 体重 kg (妊娠中の方は、妊娠前の体重をご記入ください。)

性交経験(有・無) 出産回数 回 最終月経(月 日 ~ 月 日) 閉経 歳

【2】 本日はどのようなことで来院されましたか?

1. 妊娠の診察

市販の検査薬では (陽性・陰性 (月 日)・していない)

妊娠確定後は (産みたい(当院・他院・未定) ・ 今回は見合わせる ・ 考慮中)

2. がん検診希望

(子宮頸がん・子宮体がん) クーポン利用 (有 ・ 無)

3. その他 []

【3】 アレルギーについて

1. 薬のアレルギーはありますか?

ない ・ ある → [薬剤名とどのような症状が出たか記入してください]

2. 食物のアレルギーはありますか?

ない ・ ある → [食材名とどのような症状が出たか記入してください]

【4】 既往歴について

1. これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか?

(チェックを入れ、通院歴・内服歴・治療の状況など、出来るだけ詳しくご記入ください)

特になし 喘息 (最終発作 (年 月頃) 吸入器使用 あり・なし)

高血圧 肝臓疾患 甲状腺疾患 糖尿病 心臓病 腎臓病

[]

てんかん 精神疾患 聴覚障害 緑内障

[]

手術歴 (あり・なし) ありの方は手術歴をご記入ください。

手術年月日	病名	手術方法	麻酔	輸血	病院名
年 月 日		開腹・内視鏡 その他()	全身麻酔・腰椎麻酔 局所麻酔	有 無	
年 月 日		開腹・内視鏡 その他()	全身麻酔・腰椎麻酔 局所麻酔	有 無	
年 月 日		開腹・内視鏡 その他()	全身麻酔・腰椎麻酔 局所麻酔	有 無	

*現在、内服中の薬はありますか? (有 ・ 無) ありの方は、いつから何の薬を飲んでいますか?

[]

《妊娠に関わる診察の方はご記入ください》

フリガナ

(西暦)

夫(パートナー)氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

職業 _____

携帯番号 ☎ _____ - _____ - _____

〒 _____

住所 _____ 自宅 ☎ _____ - _____ - _____

(里帰り出産の方はご記入ください)

〒 _____ (旧姓 _____)

里帰り先住所 _____ 電話 ☎ _____ - _____ - _____

県外より里帰り出産の方 償還払い (領収書のみ ・ 票記入あり) 病院と契約済

【5】 月経について

1. 初潮は _____ 歳
2. 月経持続日数は _____ 日 ~ _____ 日
3. 月経周期は順調ですか (順 _____ 日周期 ・ 不順 _____ 日 ~ _____ 日)
4. 月経痛は (なし・軽度・中等度・高度 薬 (_____) が必要)
5. 月経量は (少量・普通・多量・かたまりが多く出る)

【6】 妊娠・出産歴について

1. 結婚していますか？
 未婚 (入籍予定 なし・あり (_____ 年 _____ 月頃予定))
 既婚 (結婚年齢 _____ 歳) (本人 初婚・再婚 / 夫 初婚・再婚)
2. 妊娠歴・出産歴があれば記入してください。

妊娠回数 _____ 回 出産回数 _____ 回 流産回数 _____ 回 中絶回数 _____ 回

No	出産年月日 (西暦)	妊娠週数	児体重	性別	健否	分娩方法 ○をつける	妊娠中・分娩時の特記事項	分娩場所
1	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 週	_____ g	男 女	健 否	経膈分娩 帝王切開		当院 他院 (_____)
2	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 週	_____ g	男 女	健 否	経膈分娩 帝王切開		当院 他院 (_____)
3	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 週	_____ g	男 女	健 否	経膈分娩 帝王切開		当院 他院 (_____)
4	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 週	_____ g	男 女	健 否	経膈分娩 帝王切開		当院 他院 (_____)

【7】 家族歴について

- 高血圧 糖尿病 がん 心疾患
 続柄 (_____) (_____) (_____) (_____)
 精神疾患 脳疾患 その他 特になし
 続柄 (_____) (_____) [_____]