

問 診 票

日付

フリガナ				身長	体重
氏 名	(姓)	生年月日	大昭平西暦	年 月 日	cm kg
住 所	(〒 -)				
電話番号	携 帯		血液型	A・B・AB・O型 Rh +・-	
	その他		職 業		

● 最近の月経開始日は 年 月 日より 日間(日型) 順調・不順
(初めての月経 才) (閉経したのは 才)

【1】来院された理由についてお書きください。(該当箇所を○で囲んでください。)

産 科

妊娠かどうか・市販の検査薬にて (妊娠反応 +・-・未検査)
・他院にて妊娠と言われた(予定日: 月 日)(病院名:)
・今回妊娠している場合(分娩希望・中絶希望・未定)

婦人科

- 子宮がん検診 (頸がん検査・体がん検査)
- 乳がん検診
- 不正出血がある (いつから:)
- おりもの 色(白・黄・緑・茶・赤) 臭い(有・無) かゆみ(有・無)
- 月経(生理)の異常
・月経が不規則(早い時は 日型、遅れる時は 日型)
・月経量が(多・少)かたまり(有・無)ふらつき(有・無)
・月経痛が(強い・弱い・強い時弱い時あり・下腹部痛・腰痛・頭痛)
- 下腹部痛・腰痛がある
- できもの(場所:)
- 他院で婦人科疾患を指摘された(いつ頃: 病院名:)
子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮脱・膣炎・その他()
- 定期検診()
- 生理日の調整(生理を避けたい日: 月 日~ 月 日)
- ブライダルチェック

不妊について
(子供が欲しい)

・不妊検査をするのは初めて
・不妊検査をしたことがある(いつ頃:) (病院名:)

更年期について

ほてり・発汗・動悸・不眠・イライラ感・頭が重い・肩こり
その他()

避妊相談

- ピルについて(低用量用ピルなど)
- 緊急避妊(アフターピル) 希望するお薬()
- リングについて

その他

裏面もあります



- 【2】結婚歴 1. 未婚 → 性交経験（有・無） 入籍予定（有・無）
 2. 既婚 → 結婚 年目
 3. (1・2以外) 離婚・再婚・死別

- 【3】妊娠歴 1. 流産（ ）回（いつ頃： ）
 2. 中絶（ ）回（いつ頃： ） ←家族はご存知ですか？（はい・いいえ）

【4】分娩について（妊娠16週以降の流産も含む）

出産年月日	病院名	週数	分娩状況	生下時体重	性別	現在
年 月		週	正常・帝王切開・その他異常 ()	g	男・女	健・否
年 月		週	正常・帝王切開・その他異常 ()	g	男・女	健・否
年 月		週	正常・帝王切開・その他異常 ()	g	男・女	健・否
年 月		週	正常・帝王切開・その他異常 ()	g	男・女	健・否
年 月		週	正常・帝王切開・その他異常 ()	g	男・女	健・否

- 【5】嗜好 酒 類： 飲まない・たまに飲む・よく飲む
 たばこ： 吸わない・吸う（ 本 / 1日）

- 【6】お薬や注射が合わなかった事がありましたか？
 無 ・ 有 （注射薬： ）（お薬： ）

- 【7】今までにかかった病気はありますか？
 無 ・ 有 （喘息・高血圧・糖尿病・肝炎・心臓病・その他 ）

- 【8】今までに受けた手術はありますか？
 無 ・ 有 （手術名： ）（ 才頃）（病院 ）

- 【9】現在、治療中の病気や服用中のお薬はありますか？
 無 ・ 有 （診断名： ）（お薬： ）

【10】家族歴（血縁者の続柄を記入して下さい）

肺結核() 腎臓病() 肝臓病() 心臓病()
 糖尿病() 性 病() 高血圧()
 その他()

- 【11】現在、同居している家族構成を記入して下さい。（例：父、母、夫、子○人 など）

※ ご記入ありがとうございました。 受付けまでお持ちくださいますようお願い致します。
 ※ 診察の内容によって順番が前後することがございます。
 ※ 外出をされる時は受付にお声かけ下さい。
 ※ 診察の順番になりましたら、アナウンスにてお名前をお呼びします。
 番号でのお呼びあげをご希望の方（お名前の呼称を希望しない方）は事前にお申し出下さい。