

# 問 診 票

日付

フリガナ				大昭平	身長	体重
氏名	(才)			生年月日	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  
(初経 才)(閉経 才)

【1】本日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: )
  - ・今回妊娠されている場合 (分娩希望 ・ 中絶希望 ・ 未定)

## 婦人科

- 子宮がん検診希望
- 乳がん検診希望
- 月経(生理)の異常
  - ・月経が不規則 (早く来るときは 日型、遅れる時は 日型)
  - ・月経量が (多い・少ない)、血のかたまりが (有・無)
  - ・月経痛が (強い・弱い・強い時と弱い時がある)
  - ・どこが痛みますか (下腹痛・腰痛・頭痛)
- 不正出血がある (いつから: )
- おりものが多い 色 (白・黄・緑・褐色・赤) 臭い (有・無)
- 陰部がかゆい
- 下腹痛、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
  - 子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮脱・膣炎・その他 ( )
  - (いつ頃: ) (病院名: )
- 定期検診 ( )

## 不妊について(子供が欲しい)

- 不妊検査は初めて
- 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

当てはまる症状に ○ をつけて下さい

ほてり・発汗・動悸・不眠・イライラ感・頭が重い・肩こり・その他 ( )

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 ) 死別 ・ 離婚

- 【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 (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

- 【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: ) ( 歳頃 ) (病院名: )

- 【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ください)

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

- \*ご記入ありがとうございました。受付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。ご了承ください。
- \*外出をご希望の方は受付にお声かけください。
- \*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致します。  
 番号でのお呼びあげをご希望の方は事前に受付までお申し付けください。