

問診票

秘密は厳守しますので全てお書きください。

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 年 月 日 年齢 _ 職業()

住所 _____ 携帯電話番号 _____

身長 cm、体重 Kg 血圧 / 脈拍

1. 今日はどうなさいましたか？(当てはまるものにチェックしてください)

- 妊婦検診 妊娠かどうか (市販の妊娠反応 月 日 陽性 陰性)
 妊娠確認は自費になります。血液型が Rh -の方はあらかじめお伝えください。
- おりもの お腹が痛い 癌検診 月経移動
- 病気の心配(子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮癌・その他)
- 不正出血があった 陰部が痛い、かゆい 月経痛
- 月経(生理)不順 手術後検診 妊娠したい 更年期障害
- 避妊の相談 中絶希望(あらかじめお電話ください。) その他

2. 月経(生理)についてご記入ください

初めての月経()歳 閉経()歳
 最終月経(生理) 年 月 日 から 日間
 その前の月経(生理)は 年 月 日
 月経(生理)の周期は 順調 () 日型 月経の期間 () 日間
 不順 毎月 日 早くなる・ 遅くなる
 月経痛時鎮痛剤は (飲む・飲まない) 月経量 (少ない・普通・多い)

3. 結婚・妊娠についてご記入ください

独身 既婚 (歳) 離婚 (歳) 再婚 (歳) 夫と死別
 夫: 歳 (健康・持病あり) 性交渉(セックス)の経験(有・無)
 今までに妊娠されたことはありますか (はい・いいえ)
 出産 回 自然流産 回 人工中絶 回
 妊娠年齢 歳 (出産・帝王切開 流産 中絶) 妊娠 週 男/女児 g 分娩場所 ()
 妊娠年齢 歳 (出産・帝王切開 流産 中絶) 妊娠 週 男/女児 g 分娩場所 ()
 妊娠年齢 歳 (出産・帝王切開 流産 中絶) 妊娠 週 男/女児 g 分娩場所 ()
 妊娠年齢 歳 (出産・帝王切開 流産 中絶) 妊娠 週 男/女児 g 分娩場所 ()

4. 今までにかかった病気、手術歴、入院歴、アレルギーについてご記入ください

高血圧 糖尿病 がん ぜんそく その他 ()
 薬、注射、食べ物などのアレルギーはありますか (はい・いいえ)
 何のアレルギーですか 花粉症・喘息・アトピー・薬剤・食物・その他

5. ご家族で病気をした方はいますか (糖尿病、高血圧、癌 その他)

6. 今までにタバコを吸ったことがありますか (はい・いいえ) 現在吸っている → 本/日

7. 飲酒の習慣がありますか (はい・いいえ) 量 → /日

ご記入お疲れ様でした。

ほりうちレディースクリニック