

## 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