

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)

妊娠かどうか (市販の妊娠反応 月 日 陽性 陰性) 妊婦健診

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
- 病気の心配(子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮癌・手術後検診・その他)
- 不正出血があった 陰部が痛い、かゆい 月経痛 月経前症候群 (PMS)
- 月経(生理)不順 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) 月経移動 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 ()

4. 現在、通院されている病院や内服している薬はありますか

(_____)

5. 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

6. 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)

7. 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

8. 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