

初診・問診票

フリガナ 氏名		大正 昭和 平成	年	月	日 ()才
住所	〒				
携帯電話			メールアドレス		
緊急連絡先	紹介者:				
身長	cm	体重	kg	血液型	型Rh()
婚姻の有無: なし・		あり→	才の時	配偶者の現在の年齢: 才	
		配偶者の血液型: 型Rh()			
●本日はどうなさいましたか (該当する番号に○をつけて下さい)					
①妊娠したかどうか		⑩不妊の相談			
分娩を希望 (当院・他院) ・中絶を希望		⑪避妊の相談			
②生理不順		⑫夫婦生活の相談			
③出血		⑬更年期障害			
④生理の異常		⑭子宮筋腫の検査			
長引く・多い・少ない・痛む		⑮卵巣のう腫の検査			
⑤腹痛・腰痛・発熱		⑯子宮内膜症の検査			
⑥排尿の痛み・瀕尿・血尿		⑰子宮がんの検査			
⑦帯下(おりもの)		⑱その他			
⑧陰部のかゆみ・痛み		()			
⑨生理日の変更(早める・遅らせる)					
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 甲状腺の病気 ・ 喘息 その他()					
●ご自身の家系で上記内の病歴がある方		()			
●現在まで入院・手術の有無		無・有			
		才の時()			
		才の時()			
		才の時()			
●現在の内服薬の有無		無・有			
		薬の種類()			
●アレルギーの有無		無・有			
		食べ物() 薬() その他()			
●喫煙の有無		無・有 1日()本			
●あなたの月経について					
初潮	才の時	月経周期:	日型もしくは不明	月経量:	少量 ・ 普通 ・ 多い
閉経されている方は閉経年齢	才	月経痛:	なし ・ 多少 ・ ひどい		
最近の月経はいつでしたか?		(鎮痛剤の有無: 無・有)			
月 日～ 月 日					
●今までの妊娠・分娩について		妊娠 無・有			
分娩回数	出生体重	性別	分娩様式	妊娠・分娩時の異常	
	g	男・女			
	g	男・女			
	g	男・女			
流産・中絶の有無:		無・有			
	週	流産・中絶	・(その他)		
	週	流産・中絶	・(その他)		
	週	流産・中絶	・(その他)		