

問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		住所 〒			
氏名					
生年月日	(昭和・平成・令和・西暦) 年 月 日 (歳)				
職業	無・主婦・会社員・公務員・自営業・学生・その他 ()				
電話番号		緊急連絡先	氏名	電話番号	
身長： cm	体重： kg	アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			

タバコを吸う習慣はありますか？

無 有 (本/日) (歳から) 禁煙した (歳から)

飲酒する習慣はありますか？

無 有 (頻度： 回/週 機会があれば)**既往歴はありますか？**無 有 (有の方は詳細を下記の表も記入してください。)

病名	年齢	経過 (治療内容や内服薬など)	治療病院名

手術したことはありますか？無 有 (有の方は詳細を下記の表も記入してください。)

手術名	年齢	時期 (手術した年月)	治療病院名

月経について

最終月経開始日 (____月 ____日 ~)

妊娠 () 回 流産 () 回 人工妊娠中絶 () 回 分娩 () 回

分娩経験のある方は詳細も記入してください。

年 月 日	週数	児体重	性別	分娩方法	健・否	分娩場所
	週	g	男・女		健・否	
	週	g	男・女		健・否	
	週	g	男・女		健・否	

授乳の有無 有 無月経量 多 普通 少 初潮年齢： 歳

月経周期： ____日 ~ ____日 周期

月経痛 重 中 軽 閉経年齢： 歳無月経 月経持続日数： ____日 月経周期不順 下腹部痛 腰痛 頭痛 吐き気その他症状：不正出血 乳房腫粒 異常乳汁 その他 ()**受診理由を教えてください。**妊娠 (自分で妊娠検査薬を調べた (陽性・陰性) 調べていない) 分娩希望 (当院・他院・未定)不妊の相談 中絶希望おりものの異常 (かゆみ 量が多い 色が (白い 黄色い 茶色い)生理痛 下腹痛 腰痛 生理不順 不正出血 (出血した日： 月 日)膀胱症状 (排尿痛 頻尿 残尿感 尿漏れ) 更年期症状 子宮が下がってくる外陰部のできもの相談 低用量ピルの相談 緊急避妊薬の相談 生理日変更 (日 ~ 日を避けたい)子宮がん検診 性感染症検査希望 その他 ()

症状はいつからありますか？ _____ から

性交経験はありますか？ はい いいえ産婦人科の受診経験はありますか？ 無 有結婚はしていますか？ 未婚 既婚 結婚予定 離婚 再婚パートナー 無 有 (氏名： _____ 生年月日 _____ 血液型： _____ 型 (Rh) 職業： _____)