

問診表

年 月 日

フリガナ
お名前

〒

住所:

電話番号(自宅)

(携帯)

当院から連絡の際に差し支えない電話番号
(自宅)(携帯)(両方可)(両方可)

生年月日

西暦

年

月

日

年齢

歳

身長

cm

体重

kg(妊娠前)

kg)

下記の質問にお答え下さい (あてはまるものに✓印をつけて下さい)

I. どうなさいましたか

妊娠かどうか (分娩の希望 当院 帰省 その他) (分娩予定日 年 月 日)

不妊症の相談

不正出血 月経の異常 (月経がない 量が多い その他)

おなかが痛い 外陰部がかゆい、できものがある 子宮がん検診の希望

その他()

II. 月経について

①はじめて月経があった年齢 ()歳

②何歳まで月経がありましたか ()歳

③最後の月経はいつでしたか 月 日から 日間 または現在月経中(月 日から)

III. 結婚、妊娠、出産について

①結婚されていますか 未婚 既婚 離婚 再婚
結婚された年齢()歳 現在のご主人の年齢()歳
性交渉の経験はありますか (ある ない)

②妊娠されたことのある方は次にお答えください

分娩()回、自然流産()回、人工妊娠中絶()回、その他:異所性妊娠(子宮外妊娠)()回

(西暦)年月日	出生体重	性別	分娩方法	分娩週数	母体、新生児の異常
年 月 日	g	男児 女児	経膈分娩 吸引分娩 帝王切開	週 日	
年 月 日	g	男児 女児	経膈分娩 吸引分娩 帝王切開	週 日	
年 月 日	g	男児 女児	経膈分娩 吸引分娩 帝王切開	週 日	
年 月 日	g	男児 女児	経膈分娩 吸引分娩 帝王切開	週 日	

IV. 今までかかった手術、病気、アレルギーについて

①手術を受けたことはありますか?

ない ある () ()歳、() ()歳

②大きな病気、服用している薬はありますか?

ない ある () ()歳、服用している薬()

③喘息: ない ある、花粉症: ない ある

薬でのアレルギー()、食物アレルギー()

V. 血縁関係のある方で以下の病気の方はおられますか? またどなたですか?

糖尿病() 高血圧() 癌() 遺伝病() その他()

VI. 喫煙の習慣がありますか? ない ある(1日 本)

VII. 子宮がん検診を受けたことがありますか? ない ある(最終 年 月頃)