問　診　票

フリガナ		男女	生年月日	年齢	
氏　名			M・T・S・H　年　月　日		歳
住　所	〒				
TEL		緊急連絡先			

下記の質問に答えられ受付にお渡し下さい。（身長　　cm　妊娠前の体重　　kg）

A：どうなさいましたか（来院された理由）○をつけて下さい。

1.妊娠かどうか　2.分娩希望（予定日　／　）　3.母乳のトラブル
4.不妊症（子供ができない）　5.生理不順　6.性器出血
7.おりものが多い（赤：ピンク：褐色：黄色：白）　8.陰部のかゆみ、痛み
9.排尿痛、残尿感　10.腰痛　11.子宮癌検診
12.更年期症状（　）　13.性病の心配　14.避妊について
15.その他（　）

B：あなたの月経について

1.初潮（　歳）
2.最後の月経はいつでしたか　年　月　日から　日間
3.月経は　順調（　日型※）　不順　※月経開始日より次の月経開始の前までの日数
4.月経は何日くらい続きますか（　日間）
5.月経量は　多い（血のかたまり　有・無）　普通　少ない
6.月経痛はありますか　はい　いいえ

C：あなたの病歴等について

1.手術及び輸血　受けてない・受けたことがある（　）
2.今までかかった大きな病気　結核　腎炎　肝炎　心臓病　喘息　その他（　）
3.アレルギー体質　有・無
ピリン系・ペニシリン系・サルファ系・風邪薬・鎮痛剤・その他（　）

D：あなたの結婚、妊娠、分娩について

1.未婚　既婚（　年　月結婚）
2.性交の経験はありますか　はい　いいえ

出産・分娩表

	年月日	妊娠月数	性別	出生体重	分娩経過	病院名
1			♂♀	g	順調・吸引・鉗子・帝切・骨盤位・流産・早産・死産・中絶・他（　）	
2			♂♀	g	順調・吸引・鉗子・帝切・骨盤位・流産・早産・死産・中絶・他（　）	
3			♂♀	g	順調・吸引・鉗子・帝切・骨盤位・流産・早産・死産・中絶・他（　）	
4			♂♀	g	順調・吸引・鉗子・帝切・骨盤位・流産・早産・死産・中絶・他（　）	