問　診　票

フリガナ		男 女	生年月日 S・H・R　　年　　月　　日	年齢	歳
氏　名					
住　所	〒	診察医師のご希望	勇樹　・　佳明		
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（　）

・緊急避妊ピル希望
・毎月のピル希望
・相 談

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およその期間 or 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　7. 月経についての悩み（ 有 ・ 無 ）

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・金属・花粉・アルコール綿
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）　3. 中絶経験　無 ・ 有（　年　月）
2. 性交の経験はありますか　はい　いいえ　（　年　月）

妊娠・分娩歴

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