

問 診 票

フリガナ		男	生年月日	年	
氏名		女	S・H・R	年	歳
			年 月 日		
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 <input type="text"/> / <input type="text"/>) | 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 / 生理痛 | 11. 子宮癌検診 |
| 12. 更年期症状(<input type="text"/>) | 13. 性病の心配 | 14. 避妊について |
| 15. その他(<input type="text"/>) | | |

- ・ 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	<input type="text"/> g	順調・吸引・鉗子・帝切・骨盤位・ 流産・早産・死産・他(<input type="text"/>)	
2			男 女	<input type="text"/> g	順調・吸引・鉗子・帝切・骨盤位・ 流産・早産・死産・他(<input type="text"/>)	
3			男 女	<input type="text"/> g	順調・吸引・鉗子・帝切・骨盤位・ 流産・早産・死産・他(<input type="text"/>)	
4			男 女	<input type="text"/> g	順調・吸引・鉗子・帝切・骨盤位・ 流産・早産・死産・他(<input type="text"/>)	
5			男 女	<input type="text"/> g	順調・吸引・鉗子・帝切・骨盤位・ 流産・早産・死産・他(<input type="text"/>)	