

問 診 票

(カナ)
氏名：_____ 生年月日：明・大・昭・平 ____年 ____月 ____日 (____ 歳)
住所：〒 _____
身長 ____ cm 体重 ____ kg 職業 _____ 電話番号： _____

下記の質問に答えて、あてはまるものに○印を記入し受付へお渡し下さい。

- 1 診察に来られた理由
- ◇妊娠の可能性 ◇月経が不順 ◇下腹部が痛い ◇子宮筋腫といわれた
 - ◇卵巣嚢腫といわれた ◇おりものが気にな ◇不正出血がある ◇陰部がかゆい
 - ◇子供がほしい ◇子宮がん検診 ◇更年期障害 ◇中絶手術希望
 - ◇その他 (_____)

- 2 あなたの月経について
- ①初めて月経の始まった年齢 (____ 歳) 月経周期 (____ 日型) 順調 ・ 不順
 - ②一番最近の月経はいつでしたか (____ 年 ____ 月 ____ 日から ____ 日間) 閉経 (____ 歳)

- 3 あなたの結婚・妊娠・出産について
- ①結婚していますか はい (____ 歳の時) ・ いいえ (未婚・離婚・死別)
 - ②未婚の方で性交の経験がありますか はい ・ いいえ
 - ③妊娠したことのある方は次にお答え下さい (○印または数字・文字を記入して下さい)

	出産年月	週数	妊娠の経過		お産は				お子さん		どちらの病院で	特記事項
			正常 <small>異常(切迫早産・前置胎盤・双胎など)</small>	流産	中絶	正常	吸引	鉗子	帝王切開	性別		
1	年 月	週										
2	年 月	週										
3	年 月	週										
4	年 月	週										

- 4 今までにかかった病気 または受けた手術について
- ①婦人科に受診されたことはありますか なし ・ あり ⇒ 病名 (_____)
 - ②病気 なし ・ あり ⇒ 喘息・糖尿病・高血圧・心疾患・肝疾患・腎疾患・消化器疾患
甲状腺疾患・性病・うつ・パニック障害・その他 (_____)
かかりつけの病院 (_____)
現在飲んでいる薬 (_____)
 - ③手術 なし ・ あり ⇒ 虫垂炎(盲腸)・子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮外妊娠
その他 (_____)
 - ④輸血されたことはありますか なし ・ あり
 - ⑤ご両親について (糖尿病・高血圧) がある ⇒ どなたですか (_____)

- 5 アレルギーについて
- なし ・ あり ⇒ 食べ物 (_____) ・ 薬 (_____)
ゴム製品 ・ その他 (_____)

- 6 嗜好品について
- ①たばこ 吸わない ・ やめた ・ 吸う (1日約 ____ 本)
 - ②酒 飲まない ・ やめた ・ 時々飲む ・ 飲む (週4日以上)

- 7 ご主人 (パートナー) について
- ①年齢 (____ 歳)
 - ②職業 会社員 ・ 自営業 ・ 公務員 ・ 医師 ・ 歯科医 ・ その他 (_____)