



問 診 票

必ず、全部もれなく記入して下さい。

<p>本日はどうされましたか</p> <p>月経がない、お産をしたい、異常出血、下腹痛、腰痛、 おりもの、かゆみ、生理痛、におい、癌の検診、 妊娠したい、避妊したい、ピル希望、その他 ()</p> <p>妊娠 (している、していない、わからない)</p> <p>過去に性行為 (有・無)</p>	<p>(ふりがな) _____ (年 令) _____</p> <p>氏名 _____ 才 _____</p> <p>生年月日 S H 年 月 日</p> <p>住所 _____ 方 _____</p> <p>自宅 Tel. () _____</p> <p>携帯 Tel. () _____</p>																				
<p>最近の(最後の)月経はいつありましたか</p> <p>_____ 月 日から _____ 月 日まで</p> <p>その前の月経はいつありましたか</p> <p>_____ 月 日から _____ 月 日まで</p> <p>月 経 初経 _____ 才 閉経 _____ 才</p> <p>月経周期 <input type="checkbox"/> 順調 (28 日型)</p> <p><input type="checkbox"/> 不順 (_____ 日型)</p> <p>月経困難 <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり (症状: _____)</p> <p>子宮頸がん検診を受けたことがありますか</p> <p>いいえ・はい (最後に受けたのは _____ 年 月)</p> <p>今までに指摘された婦人科の病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮奇形 <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳腺疾患</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (病名: _____)</p> <p>今までに指摘された病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神疾患</p> <p>今までに手術を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり (手術名: _____)</p> <p>嗜好について タバコ 吸う・吸わない・やめた</p> <p>お酒 飲む・飲まない・やめた</p> <p>服用している薬はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり (薬剤名: _____)</p> <p>今までにカウンセラーや精神科医師、または心療内科 医師などに相談したことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり (いつ頃: _____)</p> <p>身長 _____ cm 非妊時の体重 _____ kg</p>	<p>妊娠歴</p> <p>(妊娠 回、分娩 回、流産 回、中絶 回)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>出産年齢</th> <th>分娩週数</th> <th>性別</th> <th>児体重</th> <th>分娩方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>才</td> <td>週</td> <td>♂/♀</td> <td>g</td> <td>自然・計画・無痛・帝切</td> </tr> <tr> <td>才</td> <td>週</td> <td>♂/♀</td> <td>g</td> <td>自然・計画・無痛・帝切</td> </tr> <tr> <td>才</td> <td>週</td> <td>♂/♀</td> <td>g</td> <td>自然・計画・無痛・帝切</td> </tr> </tbody> </table> <p>お産は 当院 _____ 回 他院 _____ 回</p> <p>現在の婚姻関係について</p> <p><input type="checkbox"/> 初婚 (_____ 歳時)</p> <p><input type="checkbox"/> (_____) 回目の結婚 (_____ 歳時)</p> <p><input type="checkbox"/> 入籍予定 <input type="checkbox"/> 入籍予定なし</p> <p>仕事の有無 無・有 (職業: _____)</p> <p>アレルギーはありますか いいえ・はい</p> <p>(内容: _____)</p> <p>喘息と診断されたことはありますか</p> <p>いいえ・はい (最終発作 _____ 年 月)</p> <p>刺青・タトゥーがありますか</p> <p>ない・ある (部位 _____)</p> <p>祖父母・両親・兄弟・姉妹に次の病気の方がいますか</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> がん (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 梅毒</p> <p>御主人についてお聞きします</p> <p>年齢 _____ 才 職業 _____</p> <p>健康ですか はい・いいえ</p> <p>病名 (_____)</p> <p>当院受診について</p> <p>< ホームページ・知人紹介・その他 ></p> <p>産科受診の方へ</p> <p>妊娠検査薬 (+ ・ - ・ 未検査)</p> <p>他院で妊娠確認 (している ・ していない)</p> <p>妊娠が確認できましたら</p> <p>_____ 出産希望 ・ _____ 中絶希望 ・ _____ 考え中</p> <p>出産の場合 当院 ・ 他院 ・ 考え中</p>	出産年齢	分娩週数	性別	児体重	分娩方法	才	週	♂/♀	g	自然・計画・無痛・帝切	才	週	♂/♀	g	自然・計画・無痛・帝切	才	週	♂/♀	g	自然・計画・無痛・帝切
出産年齢	分娩週数	性別	児体重	分娩方法																	
才	週	♂/♀	g	自然・計画・無痛・帝切																	
才	週	♂/♀	g	自然・計画・無痛・帝切																	
才	週	♂/♀	g	自然・計画・無痛・帝切																	

