

## 問 診 票

年 月 日

|         |     |         |                      |                |               |
|---------|-----|---------|----------------------|----------------|---------------|
| フリガナ    |     | 生年月日    | 西暦<br>年 月 日<br>( 才 ) | 番号<br>身長<br>cm | 体重(妊娠前)<br>kg |
| 氏 名     |     |         |                      |                |               |
| 住 所     | 〒 ー |         |                      |                |               |
| 電話番号    | 自 宅 | ( ) - - | 緊急連絡先                | 続柄： 氏名：        |               |
|         | 携 帯 | ( ) - - |                      | ( ) - -        |               |
| メールアドレス |     |         | 結婚していますか？            | 既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定 |               |

緊急のご連絡やクリニック、ホスピタルの情報をお知らせいたします。 記入のご協力をお願いいたします。

## 【1】本日来院された理由を○で囲んで下さい。

|                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|
| 妊娠 ( 市販の検査薬にて 陽性 月 日 ・ 陰性 ・ 使用未 ・ 他院にて診断 )                                |
| 分娩希望 ( 当院 ・ 他院 ( 病院名 : ) ・ 未定 )                                           |
| 無痛分娩 ( 希望 ・ 希望しない ・ 未定 ) ・ 中絶 ( 希望 ・ 迷い中 )                                |
| 不妊治療 ( 検査 ) の相談 ・ 月経痛 ・ 月経不順 ・ 月経量が多い、止まらない ・ 月経が来ない ・ 不正出血 ・ 下腹部痛        |
| おりもの異常 ( 量 ・ 性状 ・ におい ・ その他 ) ・ 外陰部の異常 ( かゆみ ・ 痛み ・ できもの ・ その他 ) ・ 性感染症検査 |
| 更年期障害 ・ 子宮がん検診 ・ 子宮筋腫/卵巣嚢腫のチェック ・ 健康診断で異常を指摘された                           |
| 月経をずらしたい ( 月 日 ~ 月 日 の間を避けたい ) ・ 避妊の相談 ( ピル ・ アフターピル ・ その他 )              |
| 腹腔鏡手術の相談 ・ その他 ( )                                                        |

## ● 具体的な症状や、ご質問などある方は、ご記入下さい。

|  |
|--|
|  |
|--|

## ● マイナ保険証を使用する場合、マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか？

はい ・ いいえ

## ● 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

あり ・ なし

## 【2】普段の月経についてお聞かせ下さい。

- 一番最近の月経はいつでしたか？ (西暦 年 月 日より 日間 )
- 何日ごとにきますか？ (月経周期) ( ) 日 ~ ( ) 日
- 初潮はいつでしたか？ ( 歳頃 )
- 閉経はいつでしたか？ ( 歳頃 )

## 【3】性交渉 (セックス) の経験はありますか？

はい ・ いいえ

## 【4】過去の妊娠についてお聞かせ下さい。

- 分娩 ( ) 回 ・ 流産 ( ) 回 ( 妊娠 週 ) ・ 中絶 ( ) 回
- その他 ( 異所性妊娠、胎状奇胎など ) ( ) 回

## 【分娩内容】

| 分娩年月<br>(西暦で記入) | 出生体重 | 性別    |       | 分娩方法                  | 帝王切開の理由 | 週数 | 病院名 |
|-----------------|------|-------|-------|-----------------------|---------|----|-----|
| 年 月             | g    | 男 ・ 女 | 健 ・ 否 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 (予定・緊急) |         | 週  |     |
| 年 月             | g    | 男 ・ 女 | 健 ・ 否 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 (予定・緊急) |         | 週  |     |
| 年 月             | g    | 男 ・ 女 | 健 ・ 否 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 (予定・緊急) |         | 週  |     |
| 年 月             | g    | 男 ・ 女 | 健 ・ 否 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 (予定・緊急) |         | 週  |     |

## 【5】現在、授乳はされていますか？

はい ・ いいえ

\*裏面もご記入をお願いします。

