

受付時間

:

年 月 日記入

# 問 診 表

記入していただいた個人情報は  
診療以外に使用することはありません。  
正確なご記入をお願いいたします。

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 ( )才	職 業		未婚 結婚予定 既婚 初・再 ( 才に結婚)
氏名						
自宅 住所	〒		ご実家 住所	〒		
連絡先 <small>緊急時のために 必ずご記入ください</small>	自宅		本人携帯	夫(パートナー)	ご実家	
夫(パートナー) <small>当院での分娩を予定されている場合は記入してください</small>			フリガナ 氏名:	年齢:		

## 【 1 】本日はどのようなことで来院されましたか 記入または○をつけてください

### 1. 妊娠の診察

市販の妊娠検査薬は( 陽性 ・ 陰性 ・ してない ) 検査した日は( 月 日 )

妊娠確定後は( 産みます ・ 考え中 )

分娩場所は( 当院 ・ 他院 ・ 考え中 )

現在、症状がありますか？

気になる症状があれば記入してください( 出血・下腹痛・かゆみなど )

## 【 2 】ふだんの生理について (記入または○をつけてください)

1. 初潮は\_\_\_\_\_才

2. もっとも最近の生理はいつでしたか(\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日から\_\_\_\_\_日間)

3. 生理周期は順調ですか ( 整 \_\_\_\_\_日周期・不整 )

4. 出血は( 少ない・普通・多い ( 最初の2~3日のみ多い・ 出血時にかたまりが多く出る ) )

5. 生理痛は( ない・あるが我慢できる程・薬(\_\_\_\_\_)が必要・痛くて寝込む程 )

## 【 3 】体質・家族歴について (記入または○をつけてください)

1. 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

2. 血液型 ( A ・ B ・ O ・ AB ) Rh型 ( + ・ - )

3. タバコ ( 吸わない ・ 吸う\_\_\_\_\_本/日 )

4. 飲酒 ( 飲まない ・ 飲む\_\_\_\_\_ml/日 ・ 週 ・ 月 ・ 妊娠がわかってやめている )

5. アレルギーはありますか

ない ・ ある くすり (禁忌薬があれば記入してください\_\_\_\_\_)

花粉症 ・ アトピー ・ 食物 ( \_\_\_\_\_ ) ・ その他( \_\_\_\_\_ )

6. 喘息といわれたことがありますか

ない ・ ある ( 最後の発作はいつでしたか? \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月ころ )

7. 出血しやすい・血が止まりにくいといわれたことがありますか ( ある ・ ない )

8. 身内の中で下記に該当する方はおられますか 該当なし

《 糖尿病(どなたですか) ) ・ 高血圧(どなたですか) ) 》

《 心臓病(どなたですか) ) ・ がん (どなたですか) ) 》

裏面も記入してください ⇒

【 4 】 子宮がん検診を受けたことがありますか (記入または○をつけてください)

受けたことはない

受けたことがある ( 子宮頸部 ・ 子宮体部 )

もっとも最近の検診 年 月 日頃 → 結果：異常なし・異常あり  
 検診を受けた場所 ( 当院 ・ 他院 ・ 市町村集団検診 )

【 5 】 妊娠・出産について (記入または○をつけてください)

- 性交(セックス)の経験はありますか? ( なし・あり )
- 妊娠歴 なし・あり ( 回 ) そのうち流産 ( 回 ) 中絶 ( 回 )
- 出産歴があれば記入してください。

	出生年月日	性別	分娩所要時間	体重	出産された病院名	分娩様式 ○をつけてください	お子さまは何週で 生まれましたか
1	年 月 日	男・女		g		普通・吸引・帝王切開	週
2	年 月 日	男・女		g		普通・吸引・帝王切開	週
3	年 月 日	男・女		g		普通・吸引・帝王切開	週
4	年 月 日	男・女		g		普通・吸引・帝王切開	週
5	年 月 日	男・女		g		普通・吸引・帝王切開	週

【 6 】 既往歴について (記入または○をつけてください)

- これまでににかかった病気や治療中の病気はありますか? ( あり・なし )

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 腎臓疾患 ・ 心臓疾患 ・ 脳血管疾患  
 甲状腺疾患 ・ 肺疾患 ・ 血液疾患 ・ 精神疾患 ・ アレルギー疾患  
 婦人科疾患 ・ 性感染症 ・ HIV ・ 肝疾患 ( B型肝炎 ・ C型肝炎 )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

- 現在服用中の薬があれば記入してください。

薬剤名： \_\_\_\_\_

( ※ おくすり手帳をお持ちの方は確認させていただきます )

- これまでに受けた手術があれば記入してください。

	年齢	病名	手術内容	病院名	輸血
1	才		開腹・腔式・腹腔鏡手術		有・無
2	才		開腹・腔式・腹腔鏡手術		有・無
3	才		開腹・腔式・腹腔鏡手術		有・無

※ ご記入後は、受付までお持ちくださいますようお願いいたします。

※ 診察内容によって、順番が前後することがあります。  
 あらかじめご了承ください。

