

問 診 表

お手数をおかけしますが、ご記入をお願い致します

受診日 年 月 日

ふりがな	昭・平	年	月	日
氏名	(才)			
現住所 〒	住民登録地 (現住所と同じなら記載の必要ありません) ()			
TEL(携帯) ()	緊急連絡先		()	
紹介	職業			

診察の目的(○をつけてください) ※印は必ず記入して下さい

- | | |
|---|---|
| ①妊娠かどうか 分娩希望 当院 他院(県)
中絶希望
妊娠判定(市販での判定をされた方)
月 日 陽性・陰性
②生理不順
③不正出血
(いつから)
(どのように)
④生理の異常(長引く・多い・少ない・痛む)
⑤外陰部のかゆみ・痛み(いつから)
⑥おりものについて(量 色 臭い)
(いつから)
⑦腹痛・腰痛
(いつから) | ⑧膀胱炎症状
(排尿時の痛み・頻尿・残尿感)
⑨更年期症状(のぼせ・めまい・冷え)
⑩不妊の相談
⑪避妊の相談
ピルの定期的内服
アフターピル 性交日時 / 時
⑫子宮がんの検査
※ 子宮がん検診受けたことありますか (有・無)
前回の受診年月日(年 月 日)
前回の結果 (異常なし・要精密検査)
⑬性病の検査
(症状)
⑭その他() |
|---|---|

診察の際大切なことですので、以下の質問にお答えください。(○をつけてください)

- | | |
|---|---|
| ・月経 初経 : 才 閉経 : 才
周期 : 順調 (日型) ・ 不順
量 (多・普通・少)
痛み(強・普通・弱・無)
※前回の(一番最近)の月経は
月 日から 日間
・基礎体温をつけて (いる・いない)
・結婚している 年 月 (才)
結婚予定がある・結婚予定がない
・夫 現在 才 (健康・否)
・今まで妊娠したことがある
妊娠回数 回 (流産・中絶含む) | ・身長 ()cm 体重 ()kg
・飲酒 (無・有: 毎日・時々)
・タバコ (無・有 1日 本)
・SEXの経験 (無・有)
・薬のアレルギー (無・有:)
・その他アレルギー(無・有:)
・気管支喘息 (無・有: 最終発作)
・過去の病気・手術
(年 月 日 病名)
(年 月 日 病名)
(年 月 日 病名) |
|---|---|

日付	妊娠経過	週	出産	性別	出生体重	場所
年 月 日 才	正常・早産・流産・中絶	週	正常・帝切・吸引・鉗子	女・男	g	
年 月 日 才	正常・早産・流産・中絶	週	正常・帝切・吸引・鉗子	女・男	g	
年 月 日 才	正常・早産・流産・中絶	週	正常・帝切・吸引・鉗子	女・男	g	
年 月 日 才	正常・早産・流産・中絶	週	正常・帝切・吸引・鉗子	女・男	g	