初診時問診表

ふりがな 氏　名	明・大・昭・平　　年　　月　　日 （　　才）
現住所　〒	住民登録地 （　　）
TEL　（　　）	携帯　（　　）
紹介	職業

診察の目的（○をつけてください）

①妊娠かどうか　分娩希望 ＜ 当院（　）／他院（　）
　中絶希望
②生理不順
③不正出血
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
⑥おりものについて
⑦腹痛・腰痛
⑧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
⑫子宮がんの検査
⑬性病の検査
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
　持　続：　　日間
　量　：（少・中・多）
　月経痛：（無・弱・中・強）
・結婚 S H　年　月　（　才）
・夫　現在　才（健康・否）
・妊娠歴　今まで妊娠した経験は　回
　流産は　回
　中絶は　回
　分娩は　回

・身長（　　）cm
・体重（　　）kg
・SEXの経験（有・無）
・アレルギー（有・無）
（　　）
・気管支喘息（有・無）
・過去の病気（有・無）
（　　）

・最終月経
　月　日から　日まで

・基礎体温をつけて（いる・いない）

	生年月日	出生体重	性別	在胎週数	分娩場所
第1子	S H　年　月　日	g	男・女	週	
第2子	S H　年　月　日	g	男・女	週	
第3子	S H　年　月　日	g	男・女	週	