

# 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	生年月日 西暦	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 ( )	緊急連絡先 ( )	続柄 :		
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**

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

**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)**

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

日付	妊娠経過	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	