

問診票(診察を受けるにあたって必要な項目をご記入下さい)

フリガナ お名前 現住所 〒 -	職業() 生年月日 年 月 日 歳
自宅電話番号(- -)	携帯電話番号(- -)
緊急連絡先 電話番号(- -)	ご主人・実家・友人・親戚・その他()

1. 本日はどうなさいましたか？

産科

①妊娠の確認 ②当院で分娩希望 ③帰省分娩希望 ④分娩場所検討中 ⑤妊娠中絶

【検査方法】市販薬・病院：陽性・陰性 予定日 年 月 日

【今回のご妊娠】自然妊娠 タイミング 人工授精 体外受精

婦人科

婦人科検診 多摩市子宮癌検診 避妊相談(ピル、アフターピル、避妊リング)

生理をずらす(生理コントロール) ブライダルチェック 婦人科内視鏡手術希望

2. 月経について

A. 初潮()歳 閉経()歳

B. 最終月経 年 月 日～ 日間 順調(日周期)・不順

C. 生理の量(多・中・少) D. 生理痛(強・中・弱・ない)

3. 結婚・妊娠・分娩について

A. 性交の経験はございますか？はい・いいえ B. ご結婚はされていますか？はい・いいえ・結婚予定

B. 妊娠の経験がある方は、今までの妊娠について以下の表にご記入下さい。

分娩年月日(西暦)	妊娠週数	妊娠経過	妊娠・分娩時異常	性別	出生体重	出産場所	健否
年 月 日	週	分娩・流産・中絶			g	当院 他院	健・否
年 月 日	週	分娩・流産・中絶			g	当院 他院	健・否
年 月 日	週	分娩・流産・中絶			g	当院 他院	健・否
年 月 日	週	分娩・流産・中絶			g	当院 他院	健・否

4. あなた自身のことについて

A. 今まで 大きな病気にかかったことはありますか？ ない・ある()

B. 手術をうけたことはありますか？ ない・ある(年 月頃 病名)

C. 現在治療中の病気はありますか？ ない・ある(病名)

D. 内服中の薬はありますか？ ない・ある(薬剤名)

E. 薬のアレルギーはありますか？ ない・ある(薬剤名)

F. 食物のアレルギーはありますか？ ない・ある(食物名)

G. その他アレルギーはありますか？ ない・ある()

H. ぜんそくはありますか？ ない・ある 最終発作 年 月頃 使用薬剤()

I. 身長()cm 体重()kg

5. 当院にいらしたきっかけは何ですか？ 看板をみて・インターネット・イエローページ・紹介(紹介者名)

6. 当院に対するご希望などありましたら何でもお書き下さい。