

問診表

年 月 日

(ふりがな)	
[お名前]	様
[生年月日]	年 月 日 (歳)
[住民票のあるご住所]	〒 ー 市 区
TEL ()	携帯 ()
緊急連絡先 (携帯	続柄)

1. 診療目的 (○をお付け下さい)

- ① 妊娠かどうか ※ご妊娠・膀胱炎・生理不順でいらした方は尿検査があります。
 ご自身で妊娠検査をされましたか? しない・した (陰性・陽性) [月 日]
 ・分娩希望 (当院 ・ 他院 ・ 未定) ・中絶希望
 自然妊娠・その他 ()
- ② 子宮がん検診 ⑦不妊相談
 ③ 不正出血 ⑧避妊相談
 ④ 腹痛・腰痛 ⑨更年期障害
 ⑤ かゆみ・おりもの ⑩その他
 ⑥ 生理不順 []

最終月経から G E E D C _____ P 妊反 ()

前医から G E E D C

2. 生理・妊娠歴について

[生理] 初潮_____歳・_____日周期・_____日間持続・閉経_____歳

- ① 生理痛 (重い・中程度・軽い) ②月経量 (多い・中程度・少ない)
 ② 最終生理_____年_____月_____日から_____月_____日まで

[妊娠] 妊娠歴____回・分娩歴____回 (結婚歴: 未婚・初婚・再婚) (性交したことがありますか: 有・無)

3. 既往歴

- ① 今までに大きな病気したことがありますか? ある ・ ない
 (病名 治療内容)
- ② 今まで手術を受けたことがありますか? ある ・ ない
 (病名 手術名 年 月頃)
- ③ 現在、治療中の病気がありますか? ある ・ ない
 (病名 治療内容)
- ④ 薬・食物等のアレルギーはありますか? ある ・ ない
 ()
- ⑤ 本人・家族でB型・C型肝炎・梅毒など感染症にかかったことがありますか? ある ・ ない
 または、かかった方はいらっしゃいますか? いる ・ いない
 ()

※はじめて受診される方で、よろしければお答えください。

当院を何でお知りになりましたか? ()