

問診票

職業 ()

年 月 日

Nationality()

(フリガナ)			
氏名	昭和・平成	年	月 日 (才)
〒	電話 ()		
住所			

身長: _____ cm 体重: _____ kg

血液型: _____ 型 RH(+・-) タバコ(_____ 本/日)

1. 今日はどうされましたか？

- ① 生理の遅れ→市販の検査薬はされましたか？ いいえ・はい → _____ 月 _____ 日 結果: 陰性・陽性
- ② 出血 ③ 月経痛・月経量が多い ④ 月経不順 ⑤ 不妊の相談 ⑥ 下腹部痛・腰痛
- ⑦ おりものが多い・陰部のかゆみ ⑧ 排尿痛がある ⑨ ピルの処方 ⑩ 緊急避妊(モーニングアフターピル)
- ⑪ 子宮筋腫・卵巣腫瘍がある、または気になる ⑫ 性病検査→おりもの・血液・のど
- ⑬ 妊婦健診(予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- ⑭ その他の理由(_____)

2. もし妊娠していたらどういたしますか？

- ① 生みたい ② 相談 ③ 中絶したい

3. 月経について

- ① 最終月経: _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- ② 周期: _____ 日型 ③ 閉経: _____ 歳

4. 結婚について

- ① 独身: 未婚・離別・死別 性交: なし・あり(_____ 歳)
- ② 既婚: 初婚・再婚 結婚した時の年齢: _____ 歳 夫 _____ 歳

5. 妊娠・出産について

- ① 過去の妊娠回数: _____ 回 出産回数: _____ 回
- ② 流産について: 自然流産 _____ 回 人工中絶: _____ 回
- ③ 出産について

出産年月日	出産週数	児体重	性別	妊娠・分娩異常	施設
昭・平 年 月 日	週	g		なし・あり	
昭・平 年 月 日	週	g		なし・あり	
昭・平 年 月 日	週	g		なし・あり	

6. 手術を受けたことや入院するような大きな病気にかかった事、また現在治療中の病気はありますか？

あり→ (_____ 歳: _____、 _____ 歳 _____)

7. アレルギーはありますか？

あり→ (薬: _____、食品・ゴム・その他 _____)

8. あなたの家系(祖父母、両親、兄弟)に次の病気の方はいますか？

あり ガン (_____) 結核 (_____)
 糖尿病 (_____) 高血圧 (_____)