

婦人科問診票

記入日：平成 年 月 日

ふりがな

昭和

氏名 生年月日 平成 年 月 日 才

〒

住所

※電話番号は必ず2カ所記入してください。()の中には続柄と氏名を記入してください。

第一連絡先 - - 本人の携帯 or 自宅

第二連絡先 - - 本人との続柄/氏名 (/)

※ご希望があればチェックしてください。 病院名は出さないで欲しい

血液型 A・B・O・AB Rh () 身長 cm 体重 kg (ご妊娠の方は妊娠前の体重) 職業

1. 今日診察に来られた目的は？

 妊娠の検査 (月経が止まった)

《市販の検査は行いましたか？ (はい・いいえ) → はい とお答えの方：(陽性・陰性) 》

《他の病院で検査を受けましたか？ (はい・いいえ)

→ はい とお答えの方：他院受診日： 月 日 》

 おりもの 性感染症チェック 子宮がん検診希望 乳がん検診希望 おなかの痛み・腰痛 排尿に関すること 不正出血 外陰部のかゆみ・痛み 生理不順 避妊の相談 (ピル) 緊急避妊 (ピル) 更年期の問題 子供ができない 生理の移動：避けたい日 (月 日 ~ 月 日まで) 人工妊娠中絶希望 その他 ()

2. 月経についてお伺いします

・初潮 才 ・一番最後の月経は 平成 年 月 日 ~ 日間

・月経周期は順調ですか？ (はい・いいえ)

→ 月経開始日から次の月経までは、短い時で 日・長い時で 日

3. 今までに大きな病気、手術、アレルギーなどの既往症はありますか？

・病気 (なし・あり →) (外陰ヘルペス・口唇ヘルペス・子宮筋腫など)

・手術 (なし・あり →) (子宮頸部円錐切除など)

・喘息 (なし・あり → 最終発作 才)

・輸血の経験 (なし・あり)

・薬アレルギー (なし・あり → 薬剤名)

・食べ物アレルギー (なし・あり → 食品名)

・その他アレルギー (なし・あり →) (花粉症、アトピーなど)

4. 常用している薬や他院で処方されて、現在服用している薬はありますか？

(なし・あり → 薬剤名)

5. 結婚についてお伺いします

 結婚している (才時) 結婚していない → 性交渉の経験は (なし・あり)

6. 今までの妊娠・分娩についてお伺いします

 今回が初めての妊娠 過去に妊娠したことがある (流産・中絶手術含む)

年 月 日	g (男・女)	正常分娩・帝王切開	当院・他院にて出生
年 月 日	g (男・女)	正常分娩・帝王切開	当院・他院にて出生
年 月 日	g (男・女)	正常分娩・帝王切開	当院・他院にて出生