

# 問 診 表

〒 ー 住所

年 月 日 記入

ふりがな

お名前

生年月日

S・H・R

年 月 日

電話番号 ( ) ー

( ) 歳

携帯番号 ( ) ー

以下の内容について記入および当てはまるものに ○ をしてください。

1 月経について

- a) はじめてあった月経は( )歳
  - b) 最終月経をご記入ください。  
( )月( )日から( )日間
  - c) 月経周期は( )日毎 / 不順
  - d) 月経の量は? 多い・ふつう・少ない
  - e) 月経痛は? ある・ない
  - f) 月経痛で薬を 飲む(薬剤名 )・飲まない
- 閉経されてる方は閉経年齢をご記入ください ( )歳

2 これまでにかかったことのある主な病気について

※ 産科・婦人科以外のものもご記入ください

- a) 手術をしたことがありますか? 何歳のときですか?  
ある(病名 )( )歳・ ない
- b) 入院をしたことがありますか? 何歳のときですか?  
ある(病名 )( )歳・ ない
- c) 現在治療中または以前治療していた病気はありますか?  
ある(心臓病・ぜんそく・糖尿病・その他 )  
ない

3 日常生活について

- a) 食欲は? ある・ふつう・ない
- b) おりものの量は? 多い・ふつう・ない
- c) 排便は? ( )日 ( )回
- d) 食べ物やお薬でアレルギーは? ある( )・ない
- e) お酒は? 飲む( )本/日・ 飲まない
- f) たばこは? 吸う( )本/日・ 吸わない
- g) 身長( )cm・ 体重( )kg
- h) 性交渉の経験はありますか? ある・ ない

4 妊娠・出産について

- a) 結婚していますか? 既婚・未婚・結婚予定あり
- b) 妊娠の経歴をご記入下さい

		妊娠した結果	月数	出産時体重	性別	生死
1回目	年	分娩・流産・中絶	ヶ月	g	男・女	生・死
2回目	年	分娩・流産・中絶	ヶ月	g	男・女	生・死
3回目	年	分娩・流産・中絶	ヶ月	g	男・女	生・死
4回目	年	分娩・流産・中絶	ヶ月	g	男・女	生・死
5回目	年	分娩・流産・中絶	ヶ月	g	男・女	生・死

☆ 当院をどのようにしてお知りになりましたか?

タウンページ・看板・ホームページ・友人または知人の紹介・その他( )

5 今日診察に来られた目的(複数回答可)

- a) 妊娠しているかどうか
  - ① 他院で診察を 受けた・受けていない
  - ② 当院での分娩を希望(予定日: 月 日 )
- b) 生理不順
- c) 不妊の相談
- d) 不正出血がある( / ころから)
- e) 下腹部痛がある( / ころから)
- f) 子宮がん検診希望 (宝塚市・健康保険)
- g) おりものがある( / ころから)
- h) その他

( )

※ 本日 紹介状をお持ちですか? ※  
ある・ ない

★ 個人情報保護法について ★

当院では、診療目的のために患者様よりさまざまな情報をお伺いしております。これらの情報は決して他用することなく、厳重に管理しております。診察上、患者様のお名前をお呼びしておりますが、ご都合の悪い方は事前にお申し出ください。