

問 診 票

あなたの病気を正確に診断するため、次の事項にお答えください。
以下記入されたことは秘密厳守されます。

年 月 日

フリガナ
お名前() 年齢()歳 職業()

身長() Cm) 体重() kg) 血液型() Rh()

初潮() 歳) 最終月経() 年 月 日~ 日間) 月経周期() 日)

閉経() 歳)

○ 本日来院された目的を具体的に教えてください。いつからどのような症状がありますか？

(妊娠の場合…出産希望 中絶希望 まだ未定)

[]

○ 妊娠既往のある方

出産() 回)

年 月 日	週 日	出生体重	出生場所		特記事項(ある場合)
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈分娩 帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈分娩 帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈分娩 帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈分娩 帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈分娩 帝王切開	

自然流産() 回)() ヶ月() 週))() ヶ月() 週))() ヶ月() 週))

中 絶 () 回)() ヶ月() 週))() ヶ月() 週))() ヶ月() 週))

結婚（ 歳） これから結婚予定（あり・なし） 未婚 離婚 死別 再婚（ 歳）
性交渉（あり・なし） 現在同居している家族

夫の血液型（ ） Rh（ ） 職業（ ）

月 経 量 多い 普通 少ない

月 経 痛 なし・あり 薬の服用（ ～ 日目・1日 回） 薬の名前（ ）

薬剤アレルギー なし・あり（薬品名 ）

喘 息 なし・あり（現在治療なし・あり 薬剤名 ）
（小児喘息含む）

食物アレルギー なし・あり（食物名 ）

その他アレルギー なし・あり（ ）

今までにかかった病気・手術・治療中の疾患など（心療内科受診歴含 パニック・不安定症など）

年 月	病名	手術	現在	通っている施設
年 月		ありなし	治療中 していない	
年 月		ありなし	治療中 していない	
年 月		ありなし	治療中 していない	
年 月		ありなし	治療中 していない	
年 月		ありなし	治療中 していない	

現在飲んでいる薬

喫 煙 歴 なし・あり（1日 本） 禁煙した（ 歳）

飲酒の習慣 なし・あり（1日に何をどのくらい ）

血縁関係（両親・祖父母・おじ・おば）に高血圧・糖尿病の有無
高血圧（ ）糖尿病（ ）

子宮ガン検診を受けていますか？

はい → 最後に受けたのは（ 年 月） 異常なし・異常あり

いいえ

その他、伝えたい事がありましたらご記入下さい。