

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・粗父母・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。

()