

問診票(診察を受けるにあたって必要な項目をご記入下さい)

フリガナ		職業 ()
お名前		生年月日 年 月 日 歳
現住所 〒	—	
自宅電話番号 (— —)	携帯電話番号 (— —)
緊急連絡先電話番号 (— —)	ご主人・実家・友人・親戚・その他 ()

1. 本日はどうなさいましたか？

産科 ①妊娠の確認 ②当院で分娩希望 ③帰省分娩希望 ④分娩場所検討中 ⑤妊娠中絶
 【検査方法】市販薬・病院：陽性・陰性 予定日 年 月 日

婦人科 月経異常 (①月経痛 ②月経の量が多い ③月経不順)
 不正出血 下腹痛 腰痛 膀胱炎 更年期障害 子宮癌検診 子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣腫瘍
 おりものが気になる 外陰部(かゆい・痛い) プラセンタ注射希望
 ピル希望 アフターピル希望 避妊相談 生理をずらしたい 性病の心配 15分エイズ検査
 内視鏡手術希望 セカンドオピニオン () その他 ()

多摩市子宮癌検診

2. 月経について

A. 初潮 () 歳 閉経 () 歳 B. 最終月経 年 月 日～ 日間 順調 (日周期)・不順
 C. 生理の量 (多・中・少) D. 生理痛 (強・中・弱・ない)

3. 結婚・妊娠・分娩について

A. 性交の経験はございますか？ はい・いいえ B. ご結婚はされていますか？ はい・いいえ・結婚予定
 b. 妊娠の経験がある方は、今までの妊娠について以下の表にご記入下さい。

分娩年月日	妊娠週数	妊娠経過	妊娠・分娩時異常	性別	出生体重	健否
年 月 日	週	分娩・流産・中絶			g	健・否
年 月 日	週	分娩・流産・中絶			g	健・否
年 月 日	週	分娩・流産・中絶			g	健・否
年 月 日	週	分娩・流産・中絶			g	健・否

4. あなた自身のことについて

A. 今まで 大きな病気にかかったことはありますか？ ない・ある ()
 B. 手術をうけたことはありますか？ ない・ある (年 月頃 病名)
 C. 現在治療中の病気はありますか？ ない・ある (病名)
 D. 内服中の薬はありますか？ ない・ある (薬剤名)
 E. 薬のアレルギーはありますか？ ない・ある (薬剤名)
 F. その他アレルギーはありますか？ ない・ある ()
 G. ぜんそくはありますか？ ない・ある 最終発作 年 月頃 使用薬剤 ()
 H. 身長 () cm 体重 () kg

5. 当院にいらしたきっかけは何ですか？

看板をみて・インターネット・イエローページ・紹介(紹介者名)

6. 当院に対するご希望などありましたら何でもお書き下さい。