

問 診 票

年 月 日

| | | | | | | | |
|------|-------|-----|--|------------|-----|---|----|
| フリガナ | | | | 大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 |
| 氏名 | | | | (才) | | | |
| 住所 | | | | 県外の方の実家の住所 | | | |
| 電話 | 自宅 | () | | | | | |
| | 携帯・本人 | () | | | | | |
| | 御主人 | () | | ☎ | () | | |

診察の目的へ○をつけてください

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 妊娠判定(市販の尿検査・陽性・陰性・未分娩希望(当院・他院・検討中)里帰り分娩(県) ・中絶希望) ② 生理不順 ③ 出血 ④ 生理の異常 (長びく・多い・少ない・痛み) ⑤ 腹痛・腰痛 ⑥ 発熱 ⑦ 排尿の痛み・トイレに近い ⑧ 帯下(おりもの) | <ul style="list-style-type: none"> ⑨ 更年期障害(のぼせ・めまい・冷え・肩こり) ⑩ 外陰部のかゆみ・痛み ⑪ 不妊の相談 ⑫ 避妊の相談(ピル・リング) ⑬ 子宮がんの検査 ⑭ 子宮筋腫の検査・卵巣の検査 ⑮ 生理を遅らせる ⑯ 性病の検査 ⑰ 産み分け法(男の子・女の子) ⑱ 4Dエコー |
|---|--|

初潮(才) 未婚・結婚(才) 体重(kg) 身長(cm)

最終月経(最後の始まる日) 月 日から 日間

閉経(才)

| | | | | |
|----------|---|----|---|--|
| 妊娠歴 | 回 | | | |
| そのうち正常分娩 | 回 | 流産 | 回 | |
| 吸引分娩 | 回 | 中絶 | 回 | |
| 帝王切開 | 回 | | | |

過去の病気など

- *血液型 (A・B・AB・O)
- *Rh型 (+・-)
- *B型肝炎 (有・無・わからない)
- *C型肝炎 (有・無・わからない)
- ・性交(SEX)経験 (有・無)
- ・じんましん (有・無)
- ・薬・注射での異常 (有・無)
- ・花粉症 (有・無)
- ・糖尿病 (有・無)
- ・手術 (有・無)
- 病名()
- ・喘息 (有・無)
- ・たばこ (吸う・吸わない)
- ・お酒 (飲む・飲まない)

どうして当院へ来られましたか。該当するところへ○をしてください。

- ()以前来院する()年前 ()近いから
- ()知人友人に聞いて ()電話帳を見て
- ()ホームページを見て ()紹介状持参

()知り合いがお産した。どなたでしょうか