

# 問診表

**秘** これはいかなる場合も絶対に公表しません。

記入日 年 月 日

ふりがな

名 前

(〒 - )

TEL

携帯

生年月日(西暦)

年

月

日生

才

●身長( cm ) ●体重( kg ) ●非妊時体重( kg ) ●血液型 型RH( )

## 1.本日受診される理由に ○ をつけてください

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか(市販の妊娠検査で +・-・未 [検査日 / ]) | <input type="checkbox"/> 陰部がかゆい              |
| <input type="checkbox"/> 分娩希望場所(当院・里帰り[里帰り先 ]・考え中)       | <input type="checkbox"/> 下腹部痛                |
| <input type="checkbox"/> 子供がほしい                          | <input type="checkbox"/> 月経(生理)日の変更          |
| <input type="checkbox"/> 不正出血                            | <input type="checkbox"/> 月経(生理)痛がひどい         |
| <input type="checkbox"/> 月経の異常(生理不順・量が多い・他 )             | <input type="checkbox"/> 更年期障害               |
| <input type="checkbox"/> おりものが気になる(量が多い・においが気になる 他 )     | <input type="checkbox"/> 子宮ガン検査(希望する 希望しない ) |
| <input type="checkbox"/> 排尿の異常(トイレが近い・排尿痛・残尿感 )          | <input type="checkbox"/> 性病が心配               |
| <input type="checkbox"/> その他( )                          |  |

## 2.月経(生理)についてお答えください

- |                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| ● 何日周期ですか( )日ごと、不規則な方( )日～( )日ごと | ● 量は(多・普通・少)        |
| ● 何日続きますか( )日間                   | ● かたまりはでますか(出る・出ない) |
| ● 月経痛は(腰痛・腹痛・その他・なし)             | ● 初めての月経は(才)        |
| ● 最近の月経はいつでしたか(月 日より 日間)         | ● 閉経された方は(才より)      |

## 3.結婚されていますか? (既婚[年 月]・未婚・結婚の予定あり[年 月])

## 4.いままでに分娩された方、出来るだけ詳しくお書きください

- |                |        |                   |
|----------------|--------|-------------------|
| (1) 年 月 日(男・女) | g(生・死) | 正常・異常(吸引・鉗子・帝王切開) |
| (2) 年 月 日(男・女) | g(生・死) | 正常・異常(吸引・鉗子・帝王切開) |
| (3) 年 月 日(男・女) | g(生・死) | 正常・異常(吸引・鉗子・帝王切開) |

## 5.特異体質、薬などのアレルギーはありますか

- ない  ある(ペニシリン、ピリン、ヨード、食物( ),その他( ))

## 6.今までに大きな病気、手術を受けられたり入院されたことがありますか

- ない  ある(どんな病気ですか 高血圧・糖尿病・喘息・心臓病・肝臓病・腎臓病・精神病 )  
その他( )  
手術は( )

## 7.たばこは吸いますか 吸わない 吸う( 本/日)

## 8.現在飲んでいる薬はありますか ない ある( )

## 9.内診台で診察をしたことがありますか? ない ある