

問 診 票

年 月 日

カルテNo.

フリガナ							昭和・平成		
お名前							年	月	日
							(才)		
住 所	〒						職業	主 婦 会社員() その他()	
電 話	携 帯				自 宅				
(○で 囲む)	1. おりもの 2. かゆみ 3. 出血 4. 腹痛 5. 腰痛								
	6. 頻尿、排尿痛、残尿感 7. 月経の異常 8. 更年期について								
	9. 性病検査希望 10. 避妊の相談 (ピル希望・リング挿入希望)								
	11. 子宮がん検診希望 12. 妊婦定期健診								
	13. その他 ()								
	※性交渉の経験 (無・有)								
14. 妊娠の検査希望 あてはまる□に印を付けて*の問いにお答え下さい									
□他院で検査した(月 日検査、予定日 月 日) 紹介状(あり・なし)									
□市販の検査薬で検査した(月 日検査) 結果(+・-・不明)									
□検査をしていない									
※今回のご妊娠について (出産希望・考え中・相談・中絶希望)									
分娩場所	□当院分娩希望 □帰省分娩希望 帰省場所 ()						□考え中		
月 経	最終月経(月 日～ 日間)・初潮年齢(才)・閉経年齢(才)								
	月経周期()日型								
結 婚	結婚年月(昭和・平成 年 月)・予定(年 月)・未婚								
妊 娠	出産(回)・流産(回)・中絶(回)								
	* 出産された方は下の項目もご記入下さい								
	出産時の年齢	生年月日	性別	出生体重	出産時の週数	正常、吸引・鉗子分娩、帝王切開	場所(県、病院名)		
家族歴	高血圧 糖尿病 その他()								
1. 今までに手術をしたことはありますか									
無・有 (病名						手術名			
2. 今までに長期で通院していた病気はありますか									
無・有 (いつ頃 年 病名									
3. 今現在、内服している薬や、通院している病院はありますか									
無・有 (病名						病院名		内服名	
4. 薬や注射のアレルギーはありますか 無・有 (薬品名									
5. 食べ物のアレルギーはありますか 無・有 (
6. 体質的アレルギーはありますか 無・有 (花粉症・アトピー・金属・ゴム・その他									
7. 喫煙の習慣はありますか 無・有 (本/日)									
8. 飲酒はされますか 無・ときどき・毎日 (
9. 宗教上、医療行為(輸血等)や食事等の制限はありますか 無・有 (
10. 以前、当院にかかったことがありますか 無・有 (年 月頃・5年以上前)									
└─ その時の診察券は (無・有・忘れてきた・再発行希望)									