問　診　票

年　月　日

カルテNo.

フリガナ		昭和・平成 年　月　日 （　才）	
お名前			
住　所	〒	職業	主　婦 会社員（　） その他（　）
電　話	自　宅	携　帯	

（○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. 喘　息　（無・有）
5. 薬や注射のアレルギーはありますか　無・有（薬品名　）
6. 食べ物のアレルギーはありますか　無・有（　）
7. 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　）
8. 喫煙の習慣はありますか　無・有（　本／日）
9. 飲酒はされますか　無・ときどき・毎日（　）
10. 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（　）
11. 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）

鈴木産婦人科