

# 問 診 票

ID \_\_\_\_\_

記入日

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

フリガナ	生年月日	西暦 ( ) 年
氏 名	昭・平	年 月 日 ( 才)
現住所 〒	電話番号	
住民票の住所は横須賀市ですか? はい・いいえ ( )	携帯番号	
身 長 c m	最終月経 (開始日)	月 日 (順・不順) 日周期
体 重 k g	量 : いつもと同じ・多い・少ない	閉経 才

## ◇診療の目的 (○をつけてください)

1. 妊娠かどうか  他院で分娩  
 市販の検査薬  当院で分娩  
(+・-・調べていない)  検討中  
 中絶希望

調べた日 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

・予定日は決定していますか? はい・いいえ

はいの方: 予定日 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

(※紹介状・母子手帳をお持ちの方は受付まで一緒にご提出ください)

2. 生理不順: いつから \_\_\_\_\_

3. 出 血: いつから \_\_\_\_\_

4. 生理異常: 長びく・多い・少ない・痛む  
いつから \_\_\_\_\_5. 発 熱: いつから \_\_\_\_\_  
何度くらい \_\_\_\_\_ °C6. 尿の異常: いつから \_\_\_\_\_  
頻 尿 有・無 排尿時の痛み 有・無  
残尿感 有・無

7. おりもの: 色 \_\_\_\_\_ 増 量: 有・無

8. か ゆ み: いつから \_\_\_\_\_

9. 痛み どの、いつから \_\_\_\_\_

10. 更年期障害 症状 \_\_\_\_\_

11. 不妊の相談

12. 避妊の相談

13. 夫婦生活の相談

14. がん検診 (郵送は横須賀市の市がん検診のみです)

検診結果郵送希望 する・しない

15. 生理をずらしたい  
( \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日を避けたい)16. その他  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ◇以下の質問にお答えください

### <お産の経験について>

有・無  
・経産の方へ 出産回数 \_\_\_\_\_ 回  
出産年月 性別 週数 出生時体重 分娩方法 分娩場所

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日	男・女	____ 週	____	____	____	正常分娩 帝王切開 吸引・鉗子 _____
20 ____ 年 ____ 月 ____ 日	男・女	____ 週	____	____	____	正常分娩 帝王切開 吸引・鉗子 _____
20 ____ 年 ____ 月 ____ 日	男・女	____ 週	____	____	____	正常分娩 帝王切開 吸引・鉗子 _____
20 ____ 年 ____ 月 ____ 日	男・女	____ 週	____	____	____	正常分娩 帝王切開 吸引・鉗子 _____

<流産の経験について> 有・無  
有に○をつけた方: 回数 ( \_\_\_\_ 回) いつ? \_\_\_\_\_<人口妊娠中絶の経験について> 有・無  
有に○をつけた方: 回数 ( \_\_\_\_ 回) いつ? \_\_\_\_\_<今までに手術や大きな病気をしたことがありますか>  
有・無有に○をつけた方: いつ、どんな病気ですか?  
\_\_\_\_\_<ぜん息はありますか?> 有・無  
有に○をつけた方: 最終発作はいつ? \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月

使用している薬名: \_\_\_\_\_

<アレルギー等について>  
禁止されている薬や注射はありますか? 有・無

薬品名 ( \_\_\_\_\_ )

食品・その他のアレルギーはありますか? 有・無  
( \_\_\_\_\_ )<服用中の薬はありますか>  
有・無 薬の種類 \_\_\_\_\_

&lt;結婚していますか&gt; 既婚・未婚

&lt;未婚の方について&gt; 性交渉の経験: 有・無

&lt;基礎体温をつけていますか&gt; いない・いる

★当院をお知りになったきっかけは?

ホムア・ジ・知人 ( \_\_\_\_\_ )

院前を通って・その他 ( \_\_\_\_\_ )