

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 cm	最終月経 (開始日)	月 日 (順・不順) 日周期
体重 kg	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
 - (+・-・調べていない)
- 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

横須賀市の市がん検診結果は郵送となります

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

<結婚していますか>

 既婚・未婚

<未婚の方について>

 性交渉の経験: 有・無

<基礎体温をつけていますか>

 いない・いる

★当院をお知りになったきっかけは?

ホームページ・知人 ()

院前を通って・その他 ()