

問診票

平成____年____月____日

住所〒

〒

氏名

電話番号

携帯

生年月日

T・S・H

年

月

日

1. 血液型 (ABO 型、Rh 型)、身長、体重、輸血経験の有無をご記入ください。

血液型 (A・B・AB・O、Rh 型 +・-)、身長 (cm)、体重 (kg)、輸血歴 (無・有)

2. 本日受診される理由に○をつけて下さい。それはいつ頃からありますか？

- ・妊娠かどうか (市販の妊娠検査____月____日 十・一・末)
- ・分娩希望 (予定日決まっていれば____月____日)
- ・中絶希望
- ・子どもがほしい (不妊)
- ・不正出血
- ・月経不順
- ・おりものの異常 (量が多い・においが気になる)
- ・陰部がかゆい
- ・下腹部痛
- ・月経日の変更 (遅らせたい・早めたい)
- ・月経痛
- ・更年期障害
- ・しこりがある (腹部・陰部・乳房)
- ・子宮ガン検査希望 (前回____年____月____日)
- ・ピルの希望 (内服経験あり・ない)
- ・その他 ()

3. 月経について教えてください

- ・最近の月経はいつでしたか (月 日)
- ・普通の月経と (同じ・違う)
- ・どのように違いましたか ()
- ・初めての月経は (歳より)
- ・月経は何日続きますか (日)
- ・月経は何日毎にきますか (~ 日)
- ・月経痛は (なし・軽度・中等度・高度)
- ・月経時の随伴症状は (腰痛・腹痛・頭痛)
- ・月経量は (少量・普通・多量・凝血塊)
- ・閉経されたのは (歳)

4. 性交経験はありますか (有・無)

5. 結婚されたのはいつですか

- ・S・H 年 月、未婚 (年 月予定あり)
- ・配偶者の健康状態 (良好・疾患名:)
- ・離婚されたことがある場合は○をお願いします ()

6. 分娩 (お産) について出来るだけくわしくお書きください

- (1) 年 月 日 (週 日) (男・女) g(生・死), 正常分娩・吸引・鉗子・帝王切開, 分娩場所:
- (2) 年 月 日 (週 日) (男・女) g(生・死), 正常分娩・吸引・鉗子・帝王切開, 分娩場所:
- (3) 年 月 日 (週 日) (男・女) g(生・死), 正常分娩・吸引・鉗子・帝王切開, 分娩場所:

7. 流産・中絶についてお書き下さい

- (1) 年 月 日 (週) 流産・中絶
- (2) 年 月 日 (週) 流産・中絶

8. 特異体質、食物あるいは薬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・その他の薬 ()、食物 ()
- ・アルコール綿かぶれ (有・無)
- ・テープかぶれ (有・無)

9. 今までにかかった病気や受けられた手術はありますか

- ・ない
- ・ある どんな病気ですか: 喘息・高血圧・糖尿病・甲状腺・心臓病・肝臓病・腎臓病・精神病・心療内科受診歴
その他は ()、手術は ()

10. 家族の方 (血縁者) で病気の方はいらっしゃいますか

- ・ない
- ・ある: がん・高血圧・糖尿病・突然死・その他 ()

11. 他院の検査で異常を指摘されたことがありますか

- ・ない
- ・ある ()

12. 現在、内服中のおくすりがありますか

- ・ない
- ・ある ()

13. 嗜好品について

- ・飲酒歴 なし・あり (種類: 1日量)
- ・タバコ なし・あり (本/日)

14. 当院を受診されたきっかけを教えてください

- ・知人の紹介 ()
- ・インターネット
- ・タウンページ
- ・雑誌
- ・その他 ()