

初診・受診受付カード

★ この問診表は、当院の医療従事者以外の目に触れることはありません ★

問診内容はすべて正確に記載してください。

平成 年 月 日

住所	□□□□-□□□□				
ふりがな				生 年 月 日	昭和 ・ 平成
氏 名	旧姓 ()			年 月 日	日生
TEL				紹介者	
携 帯					
身 長	cm	体 重	kg	血液型	型 (Rh + ・ -)

1. 診察の目的 (○をつけてください。)

1) 妊娠している 市販検査薬 (+, -)
検査日 (/)

- ①分娩希望する (当院・他院)
②分娩希望しない

2) 生理の異常
長引く・多い・少ない・痛む・不順

3) 生理の移動
避けたい日 (日～ 日まで)

4) 異常出血
① 月 日～
②量 (少ない・多い)
③色 (黄色・褐色・淡赤色・赤色)

5) 帯下 (おりもの)

6) 外陰部のかゆみ、又は痛み

7) 下腹部痛、腰痛

8) しこりがある (乳房・腹部・陰部)

9) 検査・検診
(子宮がん・乳がん・卵巣がん・子宮筋腫)

10) 排尿障害 (痛み・残尿感・頻尿)

11) 以下のような不快症状
(発熱・不眠・いらいら・肩こり・頭痛
めまい・のぼせ・動悸)

12) 性病・避妊の方法・性生活の相談

13) その他

()

2. 月経について

1) 初 潮 (才)
2) 一番最近の月経 (月 日～ 日まで)
3) 月経周期 (日)
4) 閉 経 (才)

3. 嗜好品について

1) タバコ (本/日)
2) 酒 類 (cc/日・週)

4. アレルギーについて (有・無)

1) 食物 ()
2) 薬物 ()
3) 喘息 (有・無)

5. 現在の常用している薬剤

・有 ()
・無

6. 既往疾患・手術歴

()

7. 遺伝的疾患 (両親・兄弟など)

・有 (がん・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・その他)
・無

8. 輸血歴 (有・無)

9. 結婚 (才)

10. 性行為の経験 (有・無)

妊娠・出産について

1) 妊娠回数 (回)
① 出産 (回) ② 流産 (回) ③ 中絶 (回)

出産年月日	体 重	分娩場所	性 別	健 康 状 態	
	g	経膈分娩・帝王切開	当・他	男・女	健・否 ()
	g	経膈分娩・帝王切開	当・他	男・女	健・否 ()
	g	経膈分娩・帝王切開	当・他	男・女	健・否 ()
	g	経膈分娩・帝王切開	当・他	男・女	健・否 ()
	g	経膈分娩・帝王切開	当・他	男・女	健・否 ()