

# 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。

令和 年 月 日

住所	□□□-□□□□				
ふりがな			生 年	昭和 ・ 平成	
氏 名	旧姓 ( )		月 日	年	月 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。)

- 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
- 生理の異常  
長引く・多い・少ない・痛む・不順
- 生理の移動  
避けたい日 ( 日～ 日まで)
- 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)
- 帯下 (おりもの)
- 外陰部のかゆみ、又は痛み
- 下腹部痛、腰痛
- しこりがある (乳房・腹部・陰部)
- 検査・検診  
(子宮がん・乳がん・卵巣がん・子宮筋腫)
- 排尿障害 (痛み・残尿感・頻尿)
- 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)
- 性病・避妊の方法・性生活の相談
- その他  
( )

## 2. 月経について

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

## 3. 嗜好品について

- タバコ ( 本/日)
- 酒 類 ( cc/日・週)

## 4. アレルギーについて (有・無)

- 食物 ( )
- 薬物 ( )
- 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

- 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 ( )