

初診・受診受付カード

★この問診票は、当院の医療従事者以外の目に触れることはありません★

問診の内容はすべて正確に記載してください。

令和 年 月 日

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

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 ・ 検討中)
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(/ ~ / まで)
- 4) 異常出血
① 月 日 ~
② 量 (多い ・ 少ない)
③ 色 (黄色 ・ 褐色 ・ 淡赤色 ・ 赤色)
- 5) 帯下(おりもの)(量 ・ 色 ・ 臭い)
- 6) 外陰部(かゆみ ・ 痛み ・ 腫れ)
- 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 ~ 月 日)
- 3) 月経周期 (日 ・ 不順)
- 4) 閉 経 (才)

3 嗜好品について(有 ・ 無)

- 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) 花粉 ()
- 3) 薬物 ()

5 喘息 (有 ・ 無)

(いつ頃:)

6 現在常用しているお薬 (有 ・ 無)

↓
()

7 既往疾患 ・ 手術歴

()

8 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

9 輸血歴 (有 ・ 無)

10 結婚 (才)

11 性行為の経験 (有 ・ 無)

妊娠・出産について

- 1) 妊娠回数 (回) *今回の妊娠含む
① 出産 (回) ② 流産 (回) ③ 中絶 (回)

出産年月日	体 重	週 数	出 産 方 法	分娩場所	性別	健康状態
	g	週	経膣分娩 ・ 無痛分娩 ・ 帝王切開	当 ・ 他	男 ・ 女	健 ・ 否 ()
	g	週	経膣分娩 ・ 無痛分娩 ・ 帝王切開	当 ・ 他	男 ・ 女	健 ・ 否 ()
	g	週	経膣分娩 ・ 無痛分娩 ・ 帝王切開	当 ・ 他	男 ・ 女	健 ・ 否 ()
	g	週	経膣分娩 ・ 無痛分娩 ・ 帝王切開	当 ・ 他	男 ・ 女	健 ・ 否 ()
	g	週	経膣分娩 ・ 無痛分娩 ・ 帝王切開	当 ・ 他	男 ・ 女	健 ・ 否 ()