

初診問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 (歳) 生年月日(大・昭・平) 年 月 日

ご住所 〒

電話番号 身長 cm 普段の体重 kg

(1) 今日はどうされましたか？ チェックをつけてください。

- 妊娠かどうか 予定の月経がない 月経以外で出血がある おなかに違和感がある
 お腹が痛い おりものが多い 外陰部にかゆみがある 子宮がん検診
 乳腺炎 排尿時痛 不妊相談 ※今までに治療した事が (ある・ない)
 前回みつかった病気の定期健診 病名 ()
 その他

※妊娠判定をされましたか？ (いいえ・はい) 月 日 (病院・市販の妊娠検査薬) (陽性・陰性)

(2) 子宮癌検診を受けていますか？ (いいえ・はい) 最終検診 月 日 結果の異常 有・無

(3) 今まで病気をした事がありましたか？ (いいえ・はい) ※はいの方は下記も記入してください。

ご年齢	病名	病院名	手術しましたか？	輸血しましたか？
			はい・いいえ	はい・いいえ
			はい・いいえ	はい・いいえ

(4) 現在、通院されている病院や内服している薬はありますか？

ご年齢	病名	病院名	薬品名	使用期間

(5) ご自身の両親又は兄弟姉妹に以下の病気の方はいますか？

- 高血圧(どなた) 糖尿病(どなた) 癌(どなた) その他遺伝性の病気(病名)

(6) 薬・食品やその他アレルギーはありますか？ (いいえ・はい) 名

(7) タバコは吸いますか？ (いいえ・はい) 1日 本 年間

(8) 飲酒はしますか？ (いいえ・はい) 週 日

(9) 月経歴について 初経 歳 閉経 歳

最終月経 月 日 ~ 月 日 月経周期 日 ~ 日 周期 (順・不順) 持続 日間
月経量 (少・中・多) 月経痛 (なし・弱・中・強) 月経中に痛み止めを服用する (する・しない)

(10) 結婚していますか？ (既婚・未婚) 結婚 歳 (年 カ月) 夫年令 歳 (血液型)
※入籍の予定はありますか？ (有・無)

(11) 性交渉の経験はありますか？ (なし・あり)

(12) 過去の妊娠・分娩について該当する事項を記入してください。

妊娠 回 分娩 回 自然流産 回 人工流産 回

出産年	年齢	妊娠期間	出生体重	性別	分娩方式	病院名
年	歳	週	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年	歳	週	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年	歳	週	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年	歳	週	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	