

# 初診問診票

年 月 日 記載

フリガナ

お名前 ( 才 )

生年月日 ( 大・昭・平 ) 年 月 日

住 所 〒 -

TEL

身長 cm

普段の体重 kg

① 今日はどうされましたか？ 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。

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

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 才 閉経 才  
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 才 ( 年 カ月 ) 夫年令 才 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	年令	妊娠期間	出生体重	性別	分娩方式	病院名
年	才	カ月	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年	才	カ月	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年	才	カ月	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年	才	カ月	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	