

# 問 診 票

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ (旧姓 \_\_\_\_\_) 生年月日 T・S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日生  
〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

連絡先 (自宅)( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
(携帯)( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ お勤め先(名称) \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

今日来られた理由 (秘密は厳守いたしますので該当するものすべてに○をつけてください)

1. 妊娠 ➡ 市販の検査薬を使用した方:検査した日( 月 日) 結果(陽性・陰性)  
➡ 中絶希望
2. 子供がほしい 3. 子宮がん検診 4. 月経不順 5. 不正出血 6. 生理痛 7. おりもの  
8. 避妊の相談(ピル・緊急避妊薬) 9. 膣部・外陰部(かゆみ・痛み) 10. 膀胱炎  
11. 生理日をずらしたい( / 日～ 日間 ×) 12. 下腹部痛・腰痛 ( \_\_\_\_\_ 頃から)  
13. プライダルチェック(詳細は受付にて) 14. 性病の検査 15. 更年期(症状: \_\_\_\_\_)

◎その他 ( \_\_\_\_\_ )  
性行為について 経験あり ・ 経験なし

月経について  
◎最後の生理はいつからありましたか? 月 日 ~ 日間 ◎生理の量は(多い・普通・少ない)  
◎生理周期について 順調 ( 日周期) ・ 不順  
◎はじめて生理があったのは ( )才 ◎閉経 ( )才

結婚について  
◎ 既婚 ( )才のとき ◎ 結婚予定 ( )年 ( )月 ◎ 再婚 ( )才のとき  
◎ 未婚 (婚姻歴 あり ・ なし )

今までの妊娠・分娩について  
◎妊娠は全部で ( )回  
そのうち分娩( )回 流産( )回 子宮外妊娠( )回 人工中絶( )回

★妊娠した順番に記入してください。(流産・中絶の欄は○をつけてください)

	(1回目)	(2回目)	(3回目)	(4回目)	(5回目)
	S・H 年 月	S・H 年 月	S・H 年 月	S・H 年 月	S・H 年 月
分娩(性別・体重)	男・女 _____ g	男・女 _____ g	男・女 _____ g	男・女 _____ g	男・女 _____ g
(正常・帝王切開)	正常・帝切 ( _____ 週)	正常・帝切 ( _____ 週)	正常・帝切 ( _____ 週)	正常・帝切 ( _____ 週)	正常・帝切 ( _____ 週)
流産					
人工中絶					

今までかかった病気や手術について  
病気 : なし ・ ある (高血圧/糖尿病/心臓病/肝炎/腎炎/喘息/花粉症/その他( \_\_\_\_\_ ))  
手術 : なし ・ ある (虫垂炎/子宮筋腫/卵巣/子宮外妊娠/その他( \_\_\_\_\_ ))  
手術の時期 : ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ころ)

薬のアレルギー \_\_\_\_\_ 食物アレルギー \_\_\_\_\_  
なし ・ ある ⇒ 薬品名 ( \_\_\_\_\_ ) 食品名( \_\_\_\_\_ )

感染症について (今までにかかったことや言われたことはありますか?)  
なし ・ ある ⇒ B型肝炎/C型肝炎/梅毒/クラミジア/淋病/尖圭コンジローマ/ヘルペス  
※上記以外にありましたら記入してください( \_\_\_\_\_ )

記入後は受付にお出してください

ママBBクリニック