

問 診 票

フリガナ

お名前 _____ (旧姓 _____) 生年月日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日生

本日の体温 _____ 度

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. 子宮がん検診 3. 月経不順 4. 不正出血 5. 生理痛 6. おりもの 7. 膣部・外陰部(かゆみ・痛み)
8. 膀胱炎 9. 避妊の相談(ピル・緊急避妊薬) 11. 下腹部痛・腰痛 (_____ 頃から)
11. 生理日をずらしたい(/ 日 ~ 日間 x) 12. 更年期症状あり (_____)
12. 不妊の検査・相談 13. プライダルチェック(詳細は受付にて) 14. 性病の検査

○上記以外の相談や要望。これまでの経緯などある方は、詳細を記入して下さい

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	R	S	H	R	S	H	R	S	H	R	S	H	R
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

なし ・ ある ⇒ 薬品名 (_____)

食物アレルギー

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
※その他の感染症がある方は記入して下さい。(_____)

問診は以上です。記入が終わりましたら、受付までお持ちください。

ママBBクリニック