

問診票

ふりがな			生年	昭和	年	月	日	(才)
お名前			月日	平成				
住所	現住所	〒						
	里帰り先	〒						
電話番号	自宅			紹介者				
	携帯							
身長	cm	/	体重	kg	/	非妊時体重	kg	既婚
								未婚

診療目的	該当の箇所に○をお願いします。
------	-----------------

妊娠診断 妊婦健診 分娩希望 (当院にて・里帰り・検討中) 胎児ドック

4D希望 中絶希望 カウンセリング・セカンドオピニオン希望()

婦人科診察

症状： かゆみ おりもの 不正出血 性感染症 月経痛 腹痛 腰痛

夫婦生活の相談 排尿の異常(痛い/頻尿/残尿感) /熱がある

子宮がんの検査 更年期の相談 その他 ()

子どもが欲しい・男女の産み分け希望

ピル希望・アフターモーニングピル希望 (緊急避妊薬) 希望

最終月経 月 日 ~ 月 日 予定日 年 月 日

月経痛 有・無 月経痛の際に使用している薬品名

月経周期 日型・月経不順のためわからない

閉経 才 初潮 才

妊娠回数 回 産婦人科既往歴 (病名：)

出産回数 回 (出産年齢： 才/出生時体重： g/病院名：)

(出産年齢： 才/出生時体重： g/病院名：)

(出産年齢： 才/出生時体重： g/病院名：)

異常妊娠の有・無 (病名：) 異常分娩の有・無 (病名：)

中絶回数 回 輸血歴の有・無

アレルギー有・無 喘息・じん麻疹・薬疹・その他 ()

既往歴 有・無 病名： 年齢 才

病名： 年齢 才

内服薬 有・無 (薬品名：)

家族歴 高血圧・糖尿病・がん・静脈血栓塞栓症・その他 ()