

問 診 票

氏名 年齢 才

1. ご来院の目的を教えてください。

妊娠 (〇市販検査薬陽性 〇市販薬検査未 〇他院で妊娠の診断)
不妊症・月経異常・生理をすらしたい・緊急避妊ピル・性器出血・おりもの・性器のかゆみ
その他 ()

2. 子宮がん検診を最後に受けられたのはいつですか? 平成 年 月頃

3. 月経について教えてください。

はじめて月経があったのは 才 閉経 才
月経持続日数 日間 月経周期 日型・不規則
月経痛は (ない・軽い・普通・強い) 月経の量は (少ない・普通・多い)
最後の月経は平成 年 月 日から 月 日まで

4. あなた自身について教えてください。

身長 cm 体重 kg (妊娠されている方は妊娠前の体重)
あなたの職業 (学生・主婦・アルバイト・会社員・医療従事者・自営業・その他)
性交渉の経験は 〇ない 〇ある
結婚は 〇している 結婚したのは西暦 年 ご主人は現在 才
喫煙は 〇する 〇しない

5. 今までにかかったことのある病気について教えてください。

〇結核 〇性病 〇心臓病 〇腎臓病 〇糖尿病 〇高血圧 〇輸血歴 〇遺伝的疾患
〇喘息 〇不妊治療 〇自己免疫疾患 〇脳梗塞 〇脳内出血 〇てんかん 〇血液疾患
〇悪性疾患 〇血栓症 〇肝臓病
〇アレルギー ()
〇その他 ()

6. 家族歴

〇高血圧 〇糖尿病 〇その他 ()

7. 今までの妊娠について 妊娠は 回 (今回の妊娠を含む) 分娩は 回

8. ご出産先は 〇当院 〇他院 (里帰り) 〇検討中

Table with 8 columns: 時期, 週数, 児体重 (g), 性別, 妊娠分娩の経過, 分娩方法, 分娩した病院, 切迫早産. Rows 1-6 for pregnancy history.