

問診票

記入日：西暦 20 年 月 日

フリガナ	住所 〒		
氏名	【住民票 <input type="checkbox"/> 川崎市 <input type="checkbox"/> 川崎市以外】		
生年月日	携帯電話： ()	身長：	cm
西暦 年 月 日生 (歳)	自宅電話： ()	体重：	kg

以下の□にレ点を、空欄には必要事項をご記入下さい。

1. 診察の目的について

① 子宮がん検診

子宮がん検診を1年以内に受けた：いいえ はい →西暦 20 年 月実施

前回の検診時に川崎市の助成制度を使用した：いいえ はい 不明

② おりもの ③ 外陰部のかゆみ ④ 下腹部痛 ⑤ 月経異常 ⑥ ブライダルチェック

⑦ 低用量ピル ⑧ 緊急避妊ピル ⑨ 避妊相談 ⑩ 予防接種 (種類：_____)

⑪ 不妊相談 ⑫ 生理日変更 (生理を避けたい日：_____月_____日～_____月_____日)

⑬ 妊娠判定 (市販薬での判定：_____月_____日 / 陽性 陰性)

⑭ 妊婦健診 (他院での最終健診：_____月_____日) → 紹介状：無 有(受付へご提出ください)

↳ ⑬・⑭の場合のみ、2枚目「産科問診票」も併せてご記入ください。

⑮ その他 (_____)

2. 生理について

・初潮：_____歳頃 閉経された方：_____歳頃

・最近の生理：_____月_____日から_____日間 / その前の生理：_____月_____日から_____日間

・生理周期：_____～_____日周期

・持続期間：_____日間 / 量：少量 普通 多量 / 生理痛：軽い 普通 重い

3. 結婚・妊娠・出産歴について

・性交経験 無 有 / 未婚 既婚

・妊娠回数：_____回 ※ 妊娠中の方は今回の妊娠を除いてご記入ください。

(流産：_____回 / 人工中絶：_____回 / 子宮外妊娠：_____回 / 胎状奇体：_____回 / 死産：_____回(_____週))

出産(年月)	週数	性別	出生体重	分娩様式	施設名
西暦 年 月	w		g	自然・吸引・鉗子・無痛 / 帝王切開(予定・緊急)	当院・()
西暦 年 月	w		g	自然・吸引・鉗子・無痛 / 帝王切開(予定・緊急)	当院・()
西暦 年 月	w		g	自然・吸引・鉗子・無痛 / 帝王切開(予定・緊急)	当院・()
西暦 年 月	w		g	自然・吸引・鉗子・無痛 / 帝王切開(予定・緊急)	当院・()

帝王切開の場合は理由：_____

妊娠・出産時の異常：無 有 (_____)

《裏面に続きます》

4. 既往歴・現病歴

無 有 →診断を受けた西暦(または年齢)/病名/治療内容/通院情報等をご記入ください。

()

5. 喘息 ※ 小児喘息含む

無 有

(小児喘息
成人喘息 →診断を受けた西暦(または年齢) : _____
使用薬 : _____
かかりつけ医療機関名 : _____)

6. 手術歴

無 有 →手術した西暦(または年齢)/病名/手術内容/通院情報等をご記入ください。

()

7. 現在内服している薬

無 有 (薬剤名: _____)

8. アレルギー

無 有

(食物 : _____
薬物 : _____
動物 : _____
その他 : _____
アルコール禁忌)

9. 喫煙歴

無 やめた 現在喫煙している → _____歳から1日に _____本

9. 輸血歴

無 有(理由 : _____)

産科問診票

診察目的が⑬・⑭の方専用の問診票となります。

1. 今後のご予定

妊娠継続希望 →分娩場所:当院 未定 他院 (里帰り/その他:_____)

考え中

中絶希望

2. 今回の妊娠前に不妊治療を受けた:いいえ はい(紹介状を受付へご提出ください)

3. 子宮がん検診を1年以内に受けた:いいえ はい →西暦20__年__月実施

4. 妊娠前体重: _____kg

5. 職業: _____

6. 家族

・結婚年齢: _____歳 :初婚 再婚

・パートナーの年齢(現在): _____歳

・同居のお子様: _____人

・血縁者で以下の疾患にかかった方がいる場合は、貴方との続柄を()内にご記入ください。

糖尿病(_____) 高血圧(_____) 結核(_____) 遺伝性疾患(_____)

乳癌(_____) 子宮癌(_____) 卵巣癌(_____) その他癌(_____)

7. 心療内科・精神科・カウンセラー等に自分のことを相談した経験:無 有

「有」の方へ お伺いします。

① 診療内科や精神科を受診した西暦(または年齢)および、きっかけや症状は何ですか。

(_____)

② 医師からの診断や内服薬の処方がありましたか。

(診断名: _____
薬剤名: _____)

③ 内服薬を処方されていた方は、内服していた期間を教えてください。

(_____)

④ 現在、内服薬を中止している方は、中止したきっかけを教えてください。

医師の指示 自己判断

⑤ かかりつけの医療機関がある方は医療機関名を教えてください。

(医療機関名: _____ /通院ペース: _____)