

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. 来院の目的について

<input type="checkbox"/> おりもの	<input type="checkbox"/> 陰部かゆみ	<input type="checkbox"/> 陰部痛み	<input type="checkbox"/> 下腹部痛	<input type="checkbox"/> 月経異常	<input type="checkbox"/> 不正出血	<input type="checkbox"/> 更年期相談
<input type="checkbox"/> 低用量ピル	<input type="checkbox"/> 緊急避妊ピル	<input type="checkbox"/> 生理日変更（生理を避けたい日：__月__日～__月__日）				
<input type="checkbox"/> 避妊相談	<input type="checkbox"/> 不妊相談	<input type="checkbox"/> ブライダルチェック	<input type="checkbox"/> 予防接種（種類：_____）			
<input type="checkbox"/> 妊娠判定（市販薬での陽性判定：__月__日）※ 2枚目「産科問診票」も併せてご記入ください						
<input type="checkbox"/> 妊婦健診（他院での最終健診：__月__日）※ 2枚目「産科問診票」も併せてご記入ください → 紹介状： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（受付へご提出ください）						
<input type="checkbox"/> 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. 妊娠・出産歴について

性交経験：無 有

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 / 胎状奇胎：__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・他院()
西暦 年 月	w		g	自然・吸引・鉗子・無痛 / 帝王切開(予定・緊急)	当院・他院()
西暦 年 月	w		g	自然・吸引・鉗子・無痛 / 帝王切開(予定・緊急)	当院・他院()
西暦 年 月	w		g	自然・吸引・鉗子・無痛 / 帝王切開(予定・緊急)	当院・他院()

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. 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。

()

6. アレルギー

無 有

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

7. 現在内服している薬

無 有 (薬剤名： _____)

8. 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： _____)

10. 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()

産科問診票

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：_____)

* 当院分娩希望の方へ お伺いします

ご希望の出産方法：□自然 □無痛 □検討中 □前回帝王切開

□中絶希望

□迷っている

2. 今回の妊娠前の不妊治療：□無 □有 (紹介状を受付へご提出ください)

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

* 次回結果をご持参ください

4. 妊娠前体重：_____ kg

5. 職業：_____

6. 結婚・家族

□未婚 □既婚 □再婚

既婚／再婚の方 →結婚年齢：_____歳 パートナーの年齢(現在)：_____歳

同居のお子様：_____人

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(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すか。※ 過去の処方も含む

(診断名： _____
薬剤名： _____)

③ 現在、内服薬を中止している方は、中止した経緯を教えてください。

□医師の指示 □自己判断

④ 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： _____)