

# 問診票

秘密は厳守しますので全てお書きください。

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日 年齢 \_\_\_\_ 職業( )

住所 \_\_\_\_\_ 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ Kg 血圧 / 脈拍

## 1. 今日はどうなさいましたか？(当てはまるものにチェックしてください)

- 妊婦検診  妊娠かどうか (市販の妊娠反応 月 日 陽性 陰性)  
妊娠確認は自費になります。血液型が Rh -の方はあらかじめお伝えください。
- おりもの  お腹が痛い  癌検診
- 病気の心配(子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮癌・その他)
- 不正出血があった  陰部が痛い、かゆい  月経痛
- 月経(生理)不順  手術後検診  妊娠したい  更年期障害
- 避妊の相談  中絶希望(あらかじめお電話ください。)  その他

## 2. 月経(生理)についてご記入ください

初めての月経 ( ) 歳 閉経 ( ) 歳  
 最終月経(生理) 年 月 日から 日間  
 その前の月経(生理)は 年 月 日  
**月経(生理)の周期は**  順調 ( ) 日型 **月経の期間** ( ) 日間  
 不順 毎月 日  早くなる ・  遅くなる  
 月経痛時鎮痛剤は (飲む ・ 飲まない) 月経量 (少ない ・ 普通 ・ 多い)

## 3. 結婚・妊娠についてご記入ください

独身  既婚 ( 歳)  離婚 ( 歳)  再婚 ( 歳)  夫と死別  
 夫: 歳 (健康・持病あり) 性交渉(セックス)の経験(有・無)  
 今までに妊娠されたことはありますか (はい ・ いいえ)  
 出産 回 自然流産 回 人工中絶 回  
 妊娠年齢 歳 (出産 流産 中絶) 妊娠 週 男/女児 g 分娩場所 ( )  
 妊娠年齢 歳 (出産 流産 中絶) 妊娠 週 男/女児 g 分娩場所 ( )  
 妊娠年齢 歳 (出産 流産 中絶) 妊娠 週 男/女児 g 分娩場所 ( )  
 妊娠年齢 歳 (出産 流産 中絶) 妊娠 週 男/女児 g 分娩場所 ( )

## 4. 今までにかかった病気、手術歴、入院歴、アレルギーについてご記入ください

高血圧  糖尿病  がん  ぜんそく その他 ( )  
 薬、注射、食べ物などのアレルギーはありますか (はい ・ いいえ)  
 何のアレルギーですか 花粉症 ・ 喘息 ・ アトピー ・ 薬剤 ・ 食物 ・ その他

## 5. ご家族で病気をした方はいますか (糖尿病、高血圧、癌 その他 )

## 6. 今までにタバコを吸ったことがありますか (はい ・ いいえ) 現在吸っている → 本/日

## 7. 飲酒の習慣がありますか (はい ・ いいえ) 量 → /日

ご記入お疲れ様でした。

ほりうちレディースクリニック