

問 診 票

来院日： 年 月 日

ハシイ産婦人科の診察券をお持ちの方は、診察券番号をお書き下さい。(番号：)

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	歳
住 所	〒 ー		携帯番号	
配偶者氏名 (パートナー)			緊急連絡先	氏名 () 続柄 ()
身 長	体 重 (非妊時)	血 液 型	職 業	

①本日の来院理由について

- 腹痛 生理痛 不正出血 生理不順(生理がない) 子宮筋腫 卵巣のう腫
子宮がん検診 PMS(月経前症候群)
 *子宮がん検診を最後に受けたのはいつですか? 年 月 異常なし・異常あり / 受けてない
妊娠 ⇒市販検査薬で確認: 未・済 検査日: 月 日 / 結果: 陰性・陽性
 ⇒分娩を希望(する・しない・考え中) ⇒分娩施設 本院・他院・里帰り・考え中
その他(症状、いつから、などなるべく詳しくお書き下さい。)
 ()

②生理について

- ・初潮: 歳 閉経: 歳
 ・最終月経日: 月 日 ~ 日間
 ・生理周期(生理開始から次の生理開始までの期間): 規則的・不規則 日~ 日 周期
 ・生理痛: なし・軽い・普通・強い
 ・生理痛の時に薬は飲みますか いいえ・はい(お薬の名前:)
 ・生理の量: 少ない・普通・多い・その他()
 ・性経験: なし・あり

③アレルギーについて該当する項目に○を記入してください

- ・薬剤アレルギー: なし・あり()
 ・食物アレルギー: なし・あり()
 ・喘息なし・あり(吸入薬あり・なし 最終発作:)
 花粉症・アトピー性皮膚炎・アルコール・ゴム(ラテックス)・ハウスダスト・その他()

④結婚、妊娠・出産について

- ・結婚: 未婚・既婚 () 歳の時 離婚回数: () 回
 ・これまでに妊娠・出産されたことはありますか? 出産経験がある方は、下記ご記入下さい。
 妊娠 () 回 出産 () 回 流産 () 回 中絶 () 回

年 月 日 (週数)	体重	性別	健否	妊娠分娩経過	分娩施設
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開(予定・緊急)・流産・中絶・死産	当院/他院
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開(予定・緊急)・流産・中絶・死産	当院/他院
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開(予定・緊急)・流産・中絶・死産	当院/他院
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開(予定・緊急)・流産・中絶・死産	当院/他院
/ / ()	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開(予定・緊急)・流産・中絶・死産	当院/他院

⑤ご自身の病気について該当するものにチェックして下さい。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 甲状腺疾患 自己免疫疾患 てんかん
性感染症 精神疾患 悪性疾患 手術(歳)
不妊治療(現在治療中・過去に治療していた) 輸血歴
現在飲まれているお薬はありますか なし・あり()
その他: 該当なし

⑥ご家族の方のご病気について該当するものにチェックし、続柄をご記入下さい。

例: 高血圧 祖父

- 高血圧 糖尿病 脳血管障害
心疾患 乳がん 子宮がん 卵巣がん
その他:
該当なし

ご協力ありがとうございました

ハシイウィメンズクリニック