



医療法人社団

ハシイ産婦人科

Hashii Women's Hospital

問診票

平成 年 月 日

氏名（ふりがな） _____ (_____) _____ 歳

自宅 Tel _____ 携帯 Tel _____

自宅住所 〒 _____

生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ Rh (+・-)

本日はどのような症状で来院されましたか？いつからその症状がありますか？

[_____]

初めての月経 _____ 歳

最終月経 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで _____ 日間 もしくは閉経 _____ 歳

月経周期 _____ 整 _____ 日型 ・ 不整

月経時の苦痛 なし ・ あり _____ 対処法 _____

性交の経験 なし ・ あり

夫・パートナー なし ・ あり 未婚 ・ 既婚 (_____ 才)

喫煙の頻度 _____ 本/ _____ 日 ・ 吸わない アルコールの頻度 _____ ・ 飲まない

(例：ビール 350ml 缶 _____ 本/ _____ 日)

・ 今までに大きな病気にかかったことがありますか？ なし ・ あり (_____)

・ 現在治療中の病気はありますか？ なし ・ あり (_____)

・ 現在服用中の薬はありますか？ なし ・ あり (_____)

・ 今までに手術を受けたことがありますか？ なし ・ あり (_____)

・ 今までに輸血されたことがありますか？ なし ・ あり (_____)

・ ご家族（血縁関係）の中に病気をされた方または、治療中の人はいますか？

(例：高血圧、糖尿病、癌、精神病など) なし ・ あり (_____)

・ 薬や食べ物などアレルギーがありますか？ なし ・ あり (_____)

・ 喘息にかかったことがありますか？ なし ・ あり (_____)

・ 過去、子宮頸がん検診を受けたことはありますか？ なし ・ あり (_____ 年 _____ 月)

・ 妊娠されたことのある方は妊娠・分娩・産褥の経過について詳しく記入して下さい

妊娠 _____ 回 流産 _____ 回 中絶 _____ 回 その他 _____

	分娩年月日	性別・体重	分娩の種類	分娩場所
1	S/H 年 月 日 週	男/女 g	経膈/帝王切開	当院/他院
2	S/H 年 月 日 週	男/女 g	経膈/帝王切開	当院/他院
3	S/H 年 月 日 週	男/女 g	経膈/帝王切開	当院/他院
4	S/H 年 月 日 週	男/女 g	経膈/帝王切開	当院/他院

どのようなきっかけで当院を知りましたか？

(_____) 病院の広報やホームページ (_____) 他院からの紹介 (_____) 近所 (_____) その他