

問 診 表

年 月 日

住所	☆本日はどのような症状で来院されましたか 又、今普段と違って体の具合の悪い所はありますか
氏名	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
電話番号() —	
携帯 () —	

◇初めての月経 満 歳 の 春 夏 秋 冬 ◇閉経 歳

◇最終月経 月 日 ~ 月 日 (日間)

◇月経周期 整 () 日型 ・ 不整

◇結婚年数 () 年 () ヶ月 未婚 性交 ない ・ ある

◇夫 現在 () 歳 死亡 別れた

◇前回当院受診日 年 月 日 ◇身長 cm ◇体重 kg

◇血液型 (A ・ B ・ O ・ AB) Rh (+ ・ -)

◇心臓血管系・腎臓・肝臓・糖尿病等の既往歴が ない ・ ある () 時期 ()

◇手術を受けた事が ない ・ ある ()

◇引き付け (けいれん) を起こしたことが ない ・ ある

◇薬を飲んで副作用 ない ・ ある (薬剤名)

◇注射を受けての副作用 ない ・ ある (薬剤名)

◇ぜんそくにかかったこと ない ・ ある

◇避妊リングの使用 ない ・ ある

◇ホルモン剤の使用 ない ・ ある

◇風疹にかかったこと ない ・ ある

◇子宮癌検診受診 ない ・ ある (年 月 日) 3ヵ月以内ガン検済みの場合

◇3ヶ月以内に他医療機関受診 ない ・ ある (病名 いつ頃) 後日データ持参下さい

◇現在服用している薬 ない ・ ある ()

◇妊娠した事のある方は今までの妊娠分娩の経過について出来るだけ詳しく書いて下さい

分娩 回 人工妊娠中絶術 回 自然流産 回

	分娩 年 月 日	分娩の種類	児の体重・性別	出 産 場 所
1	S・H 年 月 日		g ♂・♀	当院・他院
2	S・H 年 月 日		g ♂・♀	当院・他院
3	S・H 年 月 日		g ♂・♀	当院・他院