

【問診票】 記入日 () 年 () 月 () 日 ID (スタッフ記入):

氏名 () 様 年齢 () 歳 性別 () 職業・職種 ()

生年月日: (S H R)年()月()日 ご連絡先電話番号(携帯・自宅:)

ご住所 (〒)

受診の理由

産科: 妊娠テスト陽性 () 年 () 月 () 日 つわり 性器出血 腹痛

赤ちゃんが無事か気になる(理由:) 他: ()

婦人科: 不正出血 下腹部痛 子宮がん検診(クーポン: 有・無) 陰部の痛み 陰部のかゆみ おりもの

生理が重い(多量・腹痛・腰痛・頭痛・他:) 生理が軽い(少ない・短い・来ない)

生理が不規則(周期・期間・量) 検診で異常あり(内容:) 他()

症状のある時期: () 年 () 月 () 日頃から () 年 () 月 () 日頃まで

ずっと続く・ずっとではない → ()ヶ月・()週・()日・1日・()時間 の間に()回

症状の程度: 寝込む・仕事や学校を休む・運動はつらい・普段通り生活可能・他()

症状の強さ: 強くなっている ・ かわらない ・ 波がある ・ 軽くなっている ・ なくなった

自費: 避妊(ピル・ミレーナ・緊急避妊)・予防接種・検査(レディース・ミディーズ・ブライダル・性感染症)

性交経験・妊娠・出産について

性交渉の経験: なし ・ あり 結婚: 未婚 ・ 婚約中 ・ 既婚 ・ 離婚

特定のパートナー(夫や妻含む): なし・あり → 性別: 男性・女性・他() 年齢: () 歳

妊娠した回数(流産等含む): () 回

経陰分娩 () 回・帝王切開 () 回・流産 () 回・人工妊娠中絶 () 回・胞状奇胎 () 回

すべての妊娠について、おわかりの範囲でご記入ください

時期	妊娠週数	異常の有無	児の出生時体重
1. () 年 () 月 () 週		無・有(内容:)	() g
2. () 年 () 月 () 週		無・有(内容:)	() g
3. () 年 () 月 () 週		無・有(内容:)	() g
4. () 年 () 月 () 週		無・有(内容:)	() g
5. () 年 () 月 () 週		無・有(内容:)	() g

月経について

初潮()歳・閉経()歳 一番最近(最後)の生理: ()年()月()日~()日間

周期: 順調()日周期 ・ 不順()日 ~ ()日周期 持続日数: ()日間

量: 少ない ・ 普通 ・ 多い → 血の塊: なし ・ あり(大きさ:)

生理中の症状: 腹痛・腰痛・頭痛・他() 時期や程度など詳細()

生理中以外の決まった時期にある症状()

ご自身について

身長()cm 体重()kg 体重の増減: なし・あり→()ヶ月で()kg 増・減

今までにかかった病気やけが、受けた手術など(例: 20歳虫垂炎手術、50歳から高血圧):

()

常用している薬、サプリメント(おくすり手帳がある場合は受付でご提示ください):

()

アレルギー: 無 ・ 有(内容:)

喫煙: 吸ったことがない ・ ある: 1日に()本、()歳~()歳まで()年間

お酒: のまない ・ 時々飲む ・ 定期的の飲む: 週()日 種類()量: ()