

問診用紙

ふりがな
お名前

身長 cm 体重 kg

令和
平成
昭和
西暦
生年月日

〒 -

お電話番号 - -

ご住所

(携帯番号 - -)

1. どうなさいましたか

- ※妊娠診断 ※排卵チェック ※子供ができない ※生理の異常 ※出血
- ※おりもの ※外陰部がかゆい ※外陰部が痛い ※おなかが痛い
- ※子宮がん検診 ※定期検診(経過観察)
- ※更年期 ※産後の異常 ※生理をずらしたい
- ※避妊の相談(お薬ご希望の方は、いずれかお選び下さい ①低用量ピル ②緊急避妊薬)
- ※その他()

2. 月経(生理)について、おたずねします

- ・はじめての月経 歳 ・周期 日型, 不順 ・持続 日間
- ・量 多 中 少 ・月経痛 なし, 下腹痛, 腰痛, その他()
- ・最近の月経 月 日 ~ 月 日, 閉経 歳

3. 現在ご結婚されていますか

はい いいえ

4. 妊娠したことがありますか

ない

ある

- 1) 昭・平・令 年 正常分娩・異常分娩・帝王切開・流産・中絶 男・女 g
- 2) 昭・平・令 年 正常分娩・異常分娩・帝王切開・流産・中絶 男・女 g
- 3) 昭・平・令 年 正常分娩・異常分娩・帝王切開・流産・中絶 男・女 g

妊娠中又は産褥期に以下の異常を指摘されましたか?

○妊娠高血圧(旧・妊娠中毒症) □あり □なし ○妊娠糖尿病 □あり □なし

5. 今までに大きな病気をした事がありますか

ない

ある (病名)

6. 現在おのみになっているお薬はありますか

ない

ある (薬品名)

7. お薬のアレルギーはありますか

※アルコール消毒で、かぶれたり赤くなったりしたりしたことがある方も記入して下さい

ない

ある (薬品名)

8. 今までに診察や採血で具合が悪くなった事がありますか

ない

ある ()