

問 診 表

ふりがな
お名前：

生年月日：

住所： [現住所] 〒
[里帰り先] 〒

電話番号： [自宅]
[携帯]

紹介者：

身長： cm 体重： kg 非妊時体重： kg 既婚 / 未婚

診療目的 該当の箇所に○をつけてください。

- 妊娠診断 / 妊婦健診 / 分娩希望 (当院にて / 里帰り / 検討中) / 胎児ドック
4D 希望 / 中絶希望 / カウンセリング・セカンドオピニオン希望 ()
不妊科診察 症状：かゆみ / おりもの / 不正出血 / 性感染症 / 月経痛 / 腹痛 / 腰痛
夫婦生活の相談 / 排尿の異常 (痛い / 頻尿 / 残尿感) / 熱がある
子宮がんの検査 / 更年期の相談 / その他 ()
こどもが欲しい / 男女の産み分けを希望
ピル希望 / アフターモーニングピル (緊急避妊薬) 希望

最終月経： 月 日 ~ 月 日 予定日： 年 月 日

月経痛： ある / なし 月経痛の際に使用している薬品名：

月経周期： 日型 / 月経不順のため分からない

閉経： 才 初潮： 才

妊娠回数： 回 産婦人科既往歴： (病名：)

出産回数： 回 (出産年齢： 才 / 出生時体重： g / 病院名：)
(出産年齢： 才 / 出生時体重： g / 病院名：)
(出産年齢： 才 / 出生時体重： g / 病院名：)

異常妊娠： ある / なし (病名：) 異常分娩： ある / なし (病名：)

中絶回数： 回 輸血歴： ある / なし

アレルギー： ある / なし 喘息 / じん麻疹 / 薬疹 / その他 ()

既往歴： ある / なし 病名 () 年齢 (才)
ある / なし 病名 () 年齢 (才)

内服薬： ある / なし 薬品名 () 年齢 (才)

家族歴： 高血圧 / 糖尿病 / がん / その他 ()