問　診　表

Garden Hills Women's Clinic

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］　　紹介者：

［携帯］

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（　）

Garden Hills Women's Clinic
ガーデンヒルズウィメンズクリニック小笹
〒810-0033　福岡県福岡市中央区小笹５丁目 15-21
☎ 092-521-7500