

おおたレディースクリニック問診票

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
氏名		(大・昭・平) 年 月 日	才
フリガナ			電話番号
住所	〒 -	自宅	
		携帯	

身長 _____ cm 体重 _____ kg (妊娠されている方は妊娠前の体重)

血液型 _____ 型 (Rh + -)

本日はどのような症状でご来院されましたか。当てはまる項目に☑してください

- 妊娠に関すること (最終月経 月 日～)
 - 妊娠の可能性があるが、検査はしていない
 - 自分で妊娠反応検査を行い、陽性だった(月 日)
 - 自分で妊娠反応検査を行い、陰性だった(月 日)
 - 他院で妊娠の診断を受けた(月 日)
- 妊娠が判明した場合
 - 出産希望 (出産予定施設 当院 他院 まだ考えていない)
 - 出産を希望しない
 - 出産するかどうかまだ決めていない
- 不妊に関する相談
- 子宮がん検診希望
- 月経(生理)の異常 (最終月経 月 日～)
 - 不規則 生理痛が強い 量が(多い・少ない)
 - 生理が遅れている(妊娠の可能性 あり・なし)
 - 生理前後に心身の不調がある
- 不正出血がある
- 外陰部の気になる症状 (おりもの かゆみ できもの その他)
- ブライダルチェック希望
- ピル希望<アフターピル(緊急避妊薬)以外>
 - 以前飲んでいて(ピルの名前 _____)
 - 現在飲んでいる(ピルの名前 _____)
 - 今まで飲んだことがない
- アフターピル(緊急避妊薬)希望
- 生理をずらしたい 避けたい日は(月 日 ~ 月 日)
- 膀胱炎の症状がある(排尿痛、頻尿、残尿感)
- 下腹部痛がある
- 更年期症状についての相談
- その他 [_____]

裏面へ続きます

以下の項目について全てご記入下さい。

〈月経について〉

いちばん最近の月経の始まった日 平成 年 月 日
月経と次の月経の間隔は 日型 ・ 不規則
はじめての月経 才 閉経 才

〈 結婚 ・ 妊娠 ・ 出産について 〉

- 性交（セックス）の経験はありますか（ ある ・ ない ）
- 結婚は（ 未婚 ・ 既婚 ・ 同棲中 ・ 婚約中 ）
- 妊娠をしたことがありますか（ ある ・ ない ）
「ある」とお答えになった方へ 出産 回 流産 回 死産 回 人工妊娠中絶 回
- 出産について
 - 昭・平 年 月 日 男 ・ 女 g （自然分娩 帝王切開）
 - 昭・平 年 月 日 男 ・ 女 g （自然分娩 帝王切開）
 - 昭・平 年 月 日 男 ・ 女 g （自然分娩 帝王切開）
 - 昭・平 年 月 日 男 ・ 女 g （自然分娩 帝王切開）

〈 健康状態について 〉

- 子宮がん検診を受けたことがありますか（ はい ・ いいえ ）
「はい」とお答えになった方 → いつ頃検診を受けましたか（ 年 月頃 ）
- 現在、他の病院に通院していますか（ はい ・ いいえ ）
「はい」とお答えになった方（いつから 病名 ）
- 現在、内服中のお薬はありますか（ ある ・ ない ）
「ある」とお答えになった方（薬の名前 ）
- 今まで以下の病気にかかったことがありますか（ ある ・ ない ）
「ある」とお答えになった方は○をつけてください
（ がん ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺の病気 ・ こころの病気 ・ その他 ）
- 今までに手術をうけたことがありますか（ ある ・ ない ）
「ある」とお答えになった方
（ 才 病名 ）（ 才 病名 ）
- 今までに輸血をしたことがありますか（ ある ・ ない ）
- 輸血の必要性がある場合、輸血の同意をいただけますか？ （ はい ・ いいえ ）

〈 アレルギーについて 〉

- アレルギー体質がありますか（ ある ・ ない ）
花粉症 喘息 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹 鼻炎 その他（ ）
- アレルギーを起こす食べ物や薬剤がありますか（ ある ・ ない ）
「ある」の方は原因となるものを教えてください
（ ）

〈 嗜好品について 〉 お酒を飲みますか （ はい ・ いいえ ）
たばこを吸いますか （ はい ・ いいえ ）

〈 ご家族の健康について 〉

血縁関係の方で、下記の病気がある方はいらっしゃいますか？（ はい ・ いいえ ）
「はい」とお答えになった方は該当する病気に○をつけてください

癌（部位 ）・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 精神疾患 ・ 遺伝病

ご記入ありがとうございました。
当院では取り違い防止のためお名前でお呼びしております。ご了承ください。