

おおたレディースクリニック問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
氏名		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 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

4. 出産について

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-----|---|-------|-------|
| ① | 年 | 月 | 日 | 男・女 | g | (自然分娩 | 帝王切開) |
| ② | 年 | 月 | 日 | 男・女 | g | (自然分娩 | 帝王切開) |
| ③ | 年 | 月 | 日 | 男・女 | g | (自然分娩 | 帝王切開) |
| ④ | 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。
当院では取り違え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。