

初診・受診受付カード

★この問診表は、当院の医療従事者以外の目に触れることはありません★

問診内容はすべて正確に記載してください

住所	□□□—□□□□			
ふりがな			昭和 平成	年 月 日生
氏名	旧姓()			
TEL			紹介者	
携帯				
身長	cm	体重	kg	血液型 型 (Rh +・-)

1. 診察の目的 (○をつけて下さい)

- 妊娠かどうか
 - 分婭希望する
 - 分婭希望しない
- 生理の異常
長引く・多い・少ない・痛む・不順
- 生理の調整 (日～ 日まで)
- 異常出血
 - 月 日～
 - 量 (少ない・多い)
 - 色 (黄色・褐色・淡赤色・赤色)
- 帯下 (おりもの)
- 外陰部のかゆみ、又は痛み
- 下腹部痛、腰痛
- しこりがある (乳房・腹部・陰部)
- 検査・検診
(子宮がん・乳がん・卵巣がん・子宮筋腫)
- 排尿障害 (痛み・残尿感・頻尿)
- 以下のような不快症状
発熱・不眠・いらいら・肩こり・頭痛
めまい・のぼせ・動悸
- 性病の心配
- 避妊方法の相談
- 性生活の相談
- その他

()

2. 月経について

- 初 潮 (才)
- 最終月経 (月 日～ 日)
- 月経周期 (日)
- 閉 経 (才)

3. 妊娠・出産について

- 妊娠回数 (回)
 - 出産 回

出産年月日	体重	
	g	経膣分娩・帝王切開
	g	経膣分娩・帝王切開
	g	経膣分娩・帝王切開
	g	経膣分娩・帝王切開
	g	経膣分娩・帝王切開

- 流産 回
- 中絶 回

4. 嗜好品について

- タバコ 本/日
- 酒 類 c c /日・週

5. アレルギーについて (有・無)

- 食物 ()
- 薬物 ()
- 喘息 (有・無)

6. 既往疾患・手術歴

()

7. 遺伝的疾患 (両親・兄弟など)

- 有
(がん・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・その他)
- 無

8. 輸血歴 (有・無)

9. 結婚 (才)

10. 性行為の経験 (有・無)