問 診 表

年　月　日

医療法人社団 米山産婦人科

ふりがな 氏　名		生年月日	西暦　年　月　日 （　歳　ヶ月）
		国　籍	
住　所	〒		
電話番号	【自宅】	身　長	cm
	【携帯】	体　重	kg
緊急連絡先	①(氏名)　（番号）	血液型	型 Rh（　）
	②(氏名)　（番号）	職業	

【Ⅰ】本日ご来院された理由（当てはまるもの全て）を✓でチェックして下さい。

【妊娠の確認】 □ 他院にて診断　□ 市販検査薬（□陽性　月　日）　□陰性　□未使用）
【分娩希望の有無】 □分娩希望　□中絶希望　□迷っている
【分娩施設】　□当院　□他院　□未定
【検診／検査】　□子宮癌　□婦人科　□ 性感染症　□クアトロテスト　□ブライダルチェック
【婦人科】　□月経異常　□下腹部痛　□おりもの異常　□出血　□外陰部の異常 □更年期障害　□緊急避妊　□月経をずらしたい　□ 避妊相談
【その他】（　）

具体的な症状や、ご質問、医師や助産師に伝えたい事がありましたらご記入下さい。

【Ⅱ】普段の生理についてお聞かせ下さい。

☞ 【最終月経】いつでしたか？ ＿＿＿年＿＿月＿＿日より＿＿＿日間
そのとき、いつもと同じ量でしたか？　はい ・ いいえ

☞ 【生理周期】何日ごとにきますか？ ＿＿＿日 ～ ＿＿＿日

☞ 【月経痛】痛みますか？　はい（強い・中等・弱い） ・ いいえ

☞ 出血量は？　多い ・ 普通 ・ 少ない

☞ 初潮はいつでしたか？　＿＿＿歳頃

☞ 閉経はいつでしたか？　＿＿＿歳頃

【Ⅲ】性交渉（セックス）の経験がありますか？　はい ・ いいえ

※裏面もご記入願います

【Ⅳ】（全ての方がお答え下さい）

① 今までに指摘された病気についてお聞きします。 □高血圧　□糖尿病　□腎疾患　□心疾患　□甲状腺疾患　□精神疾患　□てんかん □その他（病名：　　）		
② アレルギーはありますか？ □花粉症　□金属　□ゴム　□ぜんそく（最終発作　　歳）　□小児ぜんそく（最終発作　　歳） □食べ物（　　）　□薬品（　　）　□その他（　　）		
③ 現在、服用中のお薬はありますか？	いいえ・はい	薬剤名（　　）
④ 麻酔薬が合わなかったことはありましたか？	いいえ・はい	薬剤名（　　）
⑤ 医師に血が止まりにくいと言われたことはありますか？	いいえ・はい	
⑥ 最近、子宮がん検診を受けましたか？	いいえ・はい	＿＿＿＿年 ＿＿ 月頃
⑦ 過去に婦人科系の病気を指摘されたことはありますか？	いいえ・はい	□子宮筋腫　□子宮内膜症　□子宮腺筋症 □子宮奇形　□卵巣嚢腫 □その他（病名：　　）
⑧ 病気やケガで手術や輸血をしたことはありますか？	いいえ・はい	診断名（　　） 手術名（　　）
⑨ 血縁者で大きな病気や手術をした方はいますか？	いいえ・はい	どなたが（　　） □高血圧　□糖尿病　□子宮癌　□卵巣癌 □乳癌　□その他（　　）
⑩ ご夫婦の家系で遺伝性疾患をお持ちの方はいますか？	いいえ・はい	遺伝性疾患名（　　）
⑪ 現在の飲酒についてお聞かせ下さい	飲まない・飲む	週に＿＿日、量＿＿＿本・杯、種類＿＿＿＿
⑫ 現在の喫煙についてお聞かせ下さい	□吸っていない　（　　年　　月頃から禁煙した） □ 吸っている　（　　本/日）	
⑬ 結婚されていますか？	□は　い　（初婚・再婚 ／ 結婚時の年齢＿＿＿歳　） □いいえ　（入籍予定　あり・なし）	
⑭ パートナーについてお聞かせ下さい	氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿＿歳 職業＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 国籍＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	