

受付番号 \_\_\_\_\_

ID( \_\_\_\_\_ )

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ		生年月日	明 大 年 月 日 昭 平 令 ( 才 )	男・女
氏 名				

■ 本日の受診理由を○で囲んで下さい。 身長( \_\_\_\_\_ )cm 体重( \_\_\_\_\_ )kg

子宮癌検診 妊婦検診 その他

\*最終子宮癌検診はいつ受診しましたか?

\*いつから・どのような症状があるのか詳しく記入して下さい。

( 年 月 )

\*最終乳癌検診はいつ受診しましたか?

( 年 月 )

■ 現在までの妊娠について教えて下さい。妊娠分娩時に異常があった場合は記入して下さい

分娩( \_\_\_\_\_ )回

(切迫流産・妊娠高血圧症)など。

昭・平・令 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_週\_\_\_\_\_g (正常・帝王切開・異常\_\_\_\_\_)

昭・平・令 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_週\_\_\_\_\_g (正常・帝王切開・異常\_\_\_\_\_)

昭・平・令 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_週\_\_\_\_\_g (正常・帝王切開・異常\_\_\_\_\_)

昭・平・令 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_週\_\_\_\_\_g (正常・帝王切開・異常\_\_\_\_\_)

流産( \_\_\_\_\_ )回

中絶( \_\_\_\_\_ )回

■ 現在妊娠していればどうしたいですか? ( 出産したい・中絶したい・わからない )

■ 月経について記入して下さい。初経 : ( \_\_\_\_\_ 歳) 閉経 : ( \_\_\_\_\_ 歳)

■ 一番最近の月経はいつですか?

\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日から(\_\_\_\_\_)日間・現在も ( いつもと同じ・多かった・少なかった )

月経周期 ( 規則的・不規則 ) ( \_\_\_\_\_ )~( \_\_\_\_\_ )日型・( \_\_\_\_\_ )日間

月経痛 ( ない・軽い・強い ) 月経量 ( 少ない・普通・多い )

■ 性交の経験が一度でもありますか? ( ある・ない )

■ 現在、結婚していますか? 未婚・既婚 ( \_\_\_\_\_ 年結婚 ) ・ 離別 ・ 死別

■ 今までに病気と診断されたり手術を受けたことがありますか? ( ある・ない )

\*ある場合は具体的に記入して下さい。「例 : 高血圧 糖尿病 うつ病 虫垂炎手術(20歳)」

■ 飲んでいる薬はありますか? ( ある・ない ) \* お薬手帳はお持ちですか? ( ある・ない )

\* ある場合(薬品名) \_\_\_\_\_

\* その中に血液抗凝固剤(血液をサラサラにする薬)はありますか? ( ある・ない )

■ 薬や注射、食べ物などで何かアレルギーはありますか? ( ある・ない )

\* 「ある」の方 具体的に \_\_\_\_\_

■ 喘息(ぜんそく)があると言われたことはありますか? ( ある・ない )

\* 「ある」の方 現在治療中ですか? ( はい・いいえ )

■ たばこを吸いますか? ( はい・いいえ )

\* 「はい」の方 喫煙年数 約( \_\_\_\_\_ 年) 1日 約( \_\_\_\_\_ 本)

■ 血縁者に がん・糖尿病の方はいますか? ( はい・いいえ )

\* 「はい」の方 \_\_\_\_\_

■ もしも『がん』であった場合は、自分に知らせて欲しいですか? ( はい・いいえ )