問　診　票

記入日：(西暦)　　年　　月　　日

※診療上必要な情報となりますので正確にご記入ください。

※個人情報の保護に関しては当院 HP をご覧になってください。ご意見・ご質問等ありましたらいつでもご相談ください。

氏名（フリガナ）		生年月日	(西暦)　　年　月　日	歳

身長　　cm　体重　　kg（妊娠の方は、妊娠する前の体重）　連絡先（自宅・携帯）

本日はどのようなことで来院されましたか？☑をお願いします。(症状、いつから、などなるべく詳しくお書き下さい。)

☐ 妊娠（①市販検査薬で確認されましたか？：いいえ／はい　②検査日　　年　　月　　日　③結果　陰性／陽性　）
☐ 外陰部が痒い　☐ おりものが多い
☐ がん検診　☐ 月経痛がひどい　☐ 月経不順　☐ 無月経　☐ 出血　☐ 腹痛　☐ 外陰部痛
☐ できものがある　☐ 更年期　☐ 残尿感　☐ 排尿痛　☐ 性交痛　☐ 排便痛　☐ 性病
☐ 子宮内膜症　☐ 子宮筋腫　☐卵巣嚢腫　☐ 不妊　☐子宮卵管造影検査　☐ 不育
☐ 月経をずらしたい　☐ ピル希望　☐ 緊急避妊
☐ 他院通院中の方の４Ｄ超音波(分娩予定日：　　年　　月　　日)

具体的に：

① 月経について
・初潮：(　　) 歳　・閉経：(　　) 歳　・最終月経開始日：(　　) 月 (　　) 日から (　　) 日間
・月経周期（月経開始日より次の月経前日までの日数）：規則的 (　　) 日型・不規則
・月経痛：なし・軽い・中等度・強い・その他 (　　)
・月経量：少ない・普通・多量・塊が出る・その他 (　　)
・性経験：なし・あり
・結婚：未婚・既婚 (　　歳の時)　離婚歴：なし・あり　再婚：　　歳の時

② アレルギーについて
・薬剤アレルギー:なし・あり (薬剤名　　症状　　)　食物アレルギー:なし・あり (食品名　　症状　　)
・アルコールかぶれ：なし・あり (症状　　)　テープかぶれ：なし・あり (症状　　)
・上記以外　☐ラテックス（ゴム）　☐金属　☐ヨード　☐歯科麻酔薬　☐その他

③ これまでに子宮癌検診を受けたことがありますか？なし・あり (　　年　　月　結果異常　なし・あり)

④ これまでに妊娠・分娩されたことはありますか？なし・あり⇒ありに〇をつけた方はその内容をご記入下さい。
妊娠 (　　) 回／分娩 (　　) 回／流産 (　　) 回／中絶 (　　) 回

年　月　日　週数	体重	性別	健否	妊娠分娩経過
年　月　日　週	g	男・女	健・否	経腟分娩（自然・鉗子・吸引）・帝王切開（予定・緊急）・流産・中絶・死産・子宮外妊娠・
年　月　日　週	g	男・女	健・否	経腟分娩（自然・鉗子・吸引）・帝王切開（予定・緊急）・流産・中絶・死産・子宮外妊娠
年　月　日　週	g	男・女	健・否	経腟分娩（自然・鉗子・吸引）・帝王切開（予定・緊急）・流産・中絶・死産・子宮外妊娠
年　月　日　週	g	男・女	健・否	経腟分娩（自然・鉗子・吸引）・帝王切開（予定・緊急）・流産・中絶・死産・子宮外妊娠

⑤ ご自分のこれまでの病気について、該当するものがあればチェック☑し具体的にご記入ください。

☐該当なし　☐ ぜんそく（小児含む）(最終発作：　　年　　月　　日)　☐ 甲状腺疾患　☐ 性病　☐ 高血圧　☐結核
☐ 肝炎　☐ 糖尿病　☐心臓病　☐ がん（部位も）　☐ 子宮筋腫　☐子宮内膜症　☐緑内障
☐膠原病　☐てんかん　☐アナフィラキシーショック　☐薬剤性肝障害　☐その他 (　　)
（上記☑あれば具体的に：　　いつから：　　）
☐ 手術歴（いつ・何の手術ですか：　　麻酔方法　：全身　・　局所　・脊椎　）

⑥ 現在服用中のお薬※おくすり手帳をお持ちの方はお出しください：なし・あり (薬剤名　　)

⑦ ご自分のご両親・兄弟（姉妹）・子など血縁関係者のご病気についてお聞かせください。
該当するものにチェックして横に続柄をご記入下さい。　例：☑高血圧　祖父

☐ 該当なし　☐ 高血圧　　☐ 糖尿病　　☐血栓症　　☐ 白血病
☐ 心臓疾患　　☐ 膠原病　　☐精神疾患　　☐肝炎
☐ がん（部位も）　　☐その他 (　　)

裏面へもご記入お願いいたします⇒ ⇒ ⇒

⑧ 機能障害についてお聞かせください。

視覚障害（なし　・　あり：眼鏡　・　コンタクト）　　聴覚障害（なし　・　あり：両方　・右　・左）

⑨ 心療内科・精神科・カウンセリング等の受診歴についてお聞かせください。
受診歴　　（なし　　・　あり　　⇒ありとお答えした方は以下をご記入ください）

病名・・・（　　）　かかりつけの病院・・・（　　）

治療期間や受診の頻度・・・（　　）　治療薬剤名・内服量や回数など・・・（　　）

⑩ 診察時に何かご要望がございましたらお書きください。（例：採血時に横になりたい、内診時にお願いしたい事等）

（　　）

⑪ 当院を何でご存知になりましたか？　□知人紹介　□駅などの看板　□SNS　□インターネット　□その他

妊娠中の方に伺います

✻生活背景について

職業：（　　）　お勤めされていない方⇒（専業主婦　・　学生　　・その他　　）

喫煙：なし・あり（　　本／日）・やめた（　　歳～　　歳）

飲酒：なし・毎日・４～６日／週・１～３日／週・特別なときのみ

同居人：夫（パートナー）・実父・実母・義父・義母・子（　　歳、　　歳）・その他（　　）

産後の退院先：自宅・実家（ご実家　　県　　市　／連絡先　　）

経産婦さんへ、該当する方は〇をつけてお知らせください　（授乳中ですか？・・・　いいえ　　・　　はい　）

✻夫(パートナー)について

氏名：（　　）　　年齢：（　　歳）　　連絡先：（　　）

血液型：（　　型、　Rh　陽性・陰性）　職業：（　　）

喫煙：なし・あり（　　本／日）　　飲酒：なし・毎日・４～６日／週・１～３日／週・特別なときのみ

健康状態：健康・治療中（病名：　　）

✻今回の妊娠成立方法：自然・タイミング・排卵誘発・人工受精・体外授精

✻過去の不妊治療中や妊娠中、分娩時に当てはまるものがありましたらすべてに〇をお付けください。

新生児Ｂ群溶連菌感染症発症・切迫早産・早産・妊娠高血圧症または腎症・常位胎盤早期剥離・子宮内胎児発育遅延

妊娠性糖尿病・分娩時大量出血（　　ml）・輸血歴あり・薬剤による肝機能障害・ヘルプ症候群・アナフィラキシーショック

喘息発作・子宮頚管縫縮術・肩甲難産・新生児仮死・胎盤遺残・子宮動脈塞栓術実施・膣壁や外陰部の血種

✻分娩について⇒矢内原医院での分娩を希望する・他院での分娩を希望する（病院名：　　）

当院での分娩を希望する方⇒＊当院までの交通手段（分娩時）と所要時間：車・徒歩（　　分）

宗教上の制限はありますか？(輸血の拒否など)：　無　・　有　（具体的に：　　）

✿ご記入ありがとうございました。記入が終わりましたら、受付にお渡しください。✿