

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

フリガナ 氏 名	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)

した項目を具体的に: _____

- 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 どちらかに○を付けてください。ありに○を付けた方は詳細をご記入ください。
- ・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 _____)
 - ・薬剤アレルギー: なし・あり (薬剤名 _____ 症状 _____)
 - ・食物アレルギー※調味料・エキス・出汁等にアレルギーがある場合もご記入下さい: なし・あり (種類/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○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	経膈分娩 (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	経膈分娩 (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	経膈分娩 (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	経膈分娩 (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
- B型肝炎 C型肝炎 (キャリアも含む) HIV 感染症/AIDS (エイズウイルス) 糖尿病 心臓病
- がん (部位も) _____ 子宮筋腫 子宮内膜 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てください: 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 宗教上の制限はありますか？(輸血の拒否・食物制限など)： 無 ・ 有 (具体的に)

⑫ 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○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○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・子宮頸管縫縮術・肩甲難産・新生児仮死・胎盤遺残・子宮動脈塞栓術実施・膣壁や外陰部の血腫

*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(分) ・徒歩(分)

❖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。❖