

## 問診票

ID( )

\* 診療に関わることで、正しく正確にご記入をお願いします。

○あなたの年齢( 歳) 身長( cm) 体重( kg)  
 血液型( A B AB O 型)Rh( + - ) 職業( )  
 結婚( 未婚・既婚・入籍予定 年 月頃) →ご夫人 年齢( 歳)、職業( )  
 タバコ( 吸う・吸わない ) 酒( 飲む・飲まない )  
 性交(セックス)経験 ( 有・無 )

○本日はどうされましたか? あてはまるものに○をつけてください。

妊娠の確認( 市販検査 未検・陰性・陽性→( 分娩希望・検討中・中絶の相談 )  
 妊娠希望・不妊相談 更年期相談  
 月経不順 月経痛 下腹部痛 出血がある( 月 日から 日間)  
 おりものの異常( かゆみ・痛み・臭い・量・色 ) 尿の異常 性病(性感染症)の検査  
 定期検診(子宮筋腫・卵巣腫瘍・子宮頸部異常・その他( )  
 豊川市さつき検診希望(子宮頸がん・乳がん(エコー)・がん検診希望( 子宮頸がん・乳がん(エコー) )  
 月経の調整(月経をはずしたい月日→( 月 日~ 月 日まで)  
 ピル希望(目的→ 緊急避妊・避妊・月経痛・月経不順・その他( )  
 予防接種(風疹ワクチン・インフルエンザワクチン・子宮頸がんワクチン )  
 その他( )

○月経について

初めての生理( 歳頃) 閉経( 歳頃)  
 一番最近の生理( 年 月 日から 日間 )  
 普段の生理は( 順調・不順 )、生理はおよそ( 日間)つづく  
 痛みは( 強い・普通・弱い )、生理の量は( 多い・普通・少ない )

○現在の内服薬(ピル、サプリメント)含む( )

○病気について(無・有)

高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 感染症 膠原病 アトピー  
 治療内容とかかりつけ医療機関( )

○アレルギーについて(薬、食物、花粉症など) 無・有( )

○過去の手術について(無・有)

いつ( 年) どんな手術( )

○今までの妊娠・分娩について(今回は含みません)

妊娠( 無・有 ) 妊娠( )回 \* 今回の妊娠を含めずに書いてください。  
 経膈分娩( )回・帝王切開( )回・流産( )回・中絶( )回・ほか( )回  
 一番最近の分娩( 年 頃)  
 ( 正常・異常分娩(理由 )・帝王切開(理由 ) )

個人情報に関しましては、医療目的以外では利用しません。ただし、届出等が必要な場合はこの限りではありません。