

# 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日 ( ) 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

◎ 身長( )cm 体重( )kg ご職業( )  
血圧( / ) 脈拍( )◎ ご結婚なさっていますか？(未婚・既婚)  
◎ 性交渉の経験はありますか？(無・有)  
◎ 今までにかかった病気、または手術の経験はありますか？(無・有)  
(病名 )  
(手術名 )

◎ 現在内服中の薬はありますか？(無・有)(薬剤名 )

◎ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？(無・有)( )  
「有」の方はその時、どのような症状でしたか？( )◎ 本日はどのようなご相談ですか？  
 子供がほしい  
 妊娠かどうか？  妊娠判定陽性  
 不正出血  下腹部痛  生理不順  生理痛がひどい  
 おりもの  かゆみ  子宮筋腫の検査  卵巣の検査  更年期症状  
 生理を遅らせてほしい  性感染症の検査  ブライダルチェック  
 子宮頸がん検査  子宮体がん検査  
 その他( )◎ 生理について  
1番最近の生理は( )月( )日から( )日間 閉経は( )歳  
生理周期は(規則的 型・不規則 )  
生理の量は(多い・普通・軽い) 生理痛は(ひどい・普通・軽い)◎ 今までの妊娠について  
計( )回 そのうち出産( )回 流産( )回 その他( )回 外妊( )回

			週数	体重	性別	妊娠方法	備考(帝王切開など)
1	正産・早産・流産・他	年 月	週	g	男・女	自然・タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	
2	正産・早産・流産・他	年 月	週	g	男・女	自然・タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	
3	正産・早産・流産・他	年 月	週	g	男・女	自然・タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	
4	正産・早産・流産・他	年 月	週	g	男・女	自然・タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	
5	正産・早産・流産・他	年 月	週	g	男・女	自然・タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	
6	正産・早産・流産・他	年 月	週	g	男・女	自然・タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	

◎ 神戸アドベンチスト病院産婦人科に通院していましたか？(はい・いいえ)  
「はい」とお答えになった方へ 今後の治療のために診察券番号をお教えてください。(◎ よろしければ、当院をお知りになった方法を教えていただけないでしょうか。  
{ 知人紹介 インターネット検索 ホームページ その他( ) }  
ご記入ありがとうございました。 かつうレディースクリニック