

大平産婦人科 問診票

平成 年 月 日記入

ふりがな 氏 名	(旧姓)	職 業	
生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日	年 令	才
自宅住所	TEL	携帯番号	
実家住所	TEL	身 長	cm
		体 重	kg

※妊娠中の方は、妊娠前の体重をお書きください

受診目的（該当するものに○をしてください）

1. 妊娠
A) 分娩希望 妊娠反応陽性 (月 日)
B) 人工妊娠中絶希望
今回の妊娠の他院受診歴
(無・有 →病院名： 受診日 /)

2. 不妊相談 ・ 産み分け相談 (男 ・ 女)

3. 月経不順 不正出血

4. 乳房のトラブル

5. おりもの かゆみ

6. がん検診 (乳房 ・ 子宮)

7. 排尿のトラブル (排尿痛 ・ 頻尿 ・ 残尿感)

8. 避妊相談

9. 更年期障害

10. その他
()

月経について

最終月経 月 日 日間 (順調 ・ 不調) 月経周期 () 日周期

月経時の苦痛 (有 ・ 無) 初めて月経があったのは () 才 閉経 () 才

妊娠・分娩歴 こども () 人 流産 () 回 人工妊娠中絶 () 回

	第 1 子	第 2 子	第 3 子	第 4 子	第 5 子
生年月日	S・H 年 月	S・H 年 月	S・H 年 月	S・H 年 月	S・H 年 月
病院名					
出産週数	週 日	週 日	週 日	週 日	週 日
出生時体重	g	g	g	g	g
性別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
栄養	母乳・混合・人工	母乳・混合・人工	母乳・混合・人工	母乳・混合・人工	母乳・混合・人工
出産時の異常					

最近の子宮がん検診の状況 () 年 () 月実施 結果 (異常なし ・ あり) 受けたことがない

過去の病気・手術 ()

喘息 無 ・ 治療 ・ 有 (使用している薬剤名： /発作の頻度：)

アレルギー 無 ・ 有 (食べ物： 薬剤： その他：)

家族の病気 高血圧 ・ 糖尿病 ・ がん ・ その他
父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ おじ ・ おば 等
()

その他 結婚：既婚 S・H 年 月 or () 才の時 ・ 未婚
夫：年令 () 才 血液型 (型) 健在・病弱・別居中 職業 ()