

来院日： 年 月 日

# 問 診 票

あきせウイメンズクリニック

氏名		生年月日	(S・H) 年 月 日	歳
住所	(〒 - )			
連絡先	第一希望 ( - - ) / 第二希望 ( - - )			
身長・体重	cm/ kg	妊娠前の体重 (妊娠中の場合のみ)		

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

妊娠しているか検査したい→妊娠していれば (出産する・中絶する・まだ決めていない)

妊娠中 (妊婦健診)  子宮がん検診希望★最後の検査日 ( 年 月 )  避妊相談  かゆみ  おりもの異常  月経相談

出血  更年期  下腹部痛  排尿障害  他院からの紹介  その他 ( )

詳細 : \_\_\_\_\_

**\*理由があって必ず女性医師を希望される方はお申し出下さい。\***

## ★月経について

・最終月経開始日：( )月( )日 初潮：( )歳 閉経：( )歳

・月経持続期間：( )日～( )日

・月経周期 (月経開始から次の月経開始までの期間)不規則・規則的 ( )日～( )日

・月経痛：なし・軽い・ふつう・ひどい・その他 ( ) ・月経量：少ない・ふつう・多い・その他 ( )

・性経験：なし・あり

★婚姻について 未婚・既婚 ( )歳の時

## ★アレルギーについて

・薬剤アレルギー：なし・あり ( ) ・食物アレルギー：なし・あり ( )

・現在服用中のお薬：なし・あり ( ) ・その他：( )

★喫煙について 吸わない・吸う ( 1日 本)

★産科受診の方にお尋ねします 当院にて分娩希望 ・ 他院にて分娩予定

## ★過去の妊娠・分娩について

・これまでに妊娠・分娩されたことはありますか？妊娠 ( )回 / 分娩 ( )回

・分娩経験がある場合、いつ分娩されましたか？

年 / 月 / 日 (週数)	体重	性別	分娩方法/生産・死産	分娩施設名
西暦 / / ( )	g	男・女	自然分娩・帝王切開 / 生・流	
西暦 / / ( )	g	男・女	自然分娩・帝王切開 / 生・流	
西暦 / / ( )	g	男・女	自然分娩・帝王切開 / 生・流	

★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て下さい。

結核  性感染症  心臓病  腎臓病  糖尿病  高血圧  輸血歴  遺伝的疾患  アレルギー

ぜんそく  不妊治療  自己免疫疾患  脳梗塞  血栓症  てんかん  血液疾患  悪性疾患

脳内出血  その他 ( )

(いつから )

★近親者のご病気について、該当するものがあればチェックして下さい。

高血圧 (父・母・祖父・祖母)  糖尿病 (父・母・祖父・祖母)  その他 ( )

★検査の結果が悪性だった場合、告知を希望されますか？ する ・ しない

★あきせウイメンズクリニックには、何をご覧になってお越しになりましたか？ ( )

ご記入ありがとうございます。記入が終わりましたらスタッフまでお渡し下さい。