

問診票

SAKURADAI
MATERNITY CLINIC

ふりがな

年 月 日

■氏名

■身長

cm

■BMI

当院で計算します

様

■体重

kg

■生年月日 大正・昭和・平成

年

月

日

■年齢

才

■住所 〒

■電話番号

① 本日はどのような事でお見えになりましたか？

産科 妊娠の診断 妊婦健診 胎児超音波精密検査 遺伝相談

その他 [

]

婦人科 下腹部痛 生理痛 不正出血 子宮筋腫 子宮癌検診 [*区健診・それ以外]

卵巣癌検診 不妊 おりもの(帯下)異常 月経不順 月経異常(生理の量など)

子宮脱 性病の心配 避妊相談(自費) ブライダルチェック(自費) (詳細は受付でおたずねください)

その他 [

] *区の子宮癌健診は2年に1回しか行えません。

② 紹介状をお持ちですか? ない : ある [病院、医院、クリニック]

③ 生理についておたずねします。最後の生理の始まった日 [月 日 ~ 日間] [閉経 才]

生理は順調でしたか? はい : いいえ [日 ~ 日周期]

生理痛はありますか? いいえ : はい [いつも使うお薬]

生理の量は? 普通 : 多い : 少ない

④ 結婚はしていますか? いいえ : はい [ご結婚した年齢 才・ご主人さまの現在の年齢は 才]

⑤ 未婚の方におたずねします。セックスの経験はありますか? ない : ある

⑥ 薬・食べ物にアレルギーはありますか? ない : ある [薬品名] [食品名]

⑦ いままでの妊娠について記入してください。年齢は出産された年齢をお書きください。

年齢	週数	胎位	妊娠経過	分娩方法	体重	性別	出生時の状態
才	週	頭位・骨盤位	流産・正常・異常 ()	正常・帝切・鉗子・吸引	g	男・女	
才	週	頭位・骨盤位	流産・正常・異常 ()	正常・帝切・鉗子・吸引	g	男・女	
才	週	頭位・骨盤位	流産・正常・異常 ()	正常・帝切・鉗子・吸引	g	男・女	
才	週	頭位・骨盤位	流産・正常・異常 ()	正常・帝切・鉗子・吸引	g	男・女	

⑧ 現在治療中の病気はありますか? ○もしくは病名をお書きください。

糖尿病 高血圧 喘息 てんかん 子宮筋腫 卵巣嚢腫 神経・精神疾患 []

心臓病 [] 不整脈 [] 腎臓病 [] 甲状腺疾患 []

膠原病 [] その他 []

⑨ 現在、治療中の病気を診ていただいている病院名をお教えてください [病院、医院、クリニック]

⑩ 現在、服用中のお薬はありますか? ない : ある

⑪ いままで手術(帝王切開以外)を受けたことはありますか? ない : ある [才・手術名]

⑫ ご家族の方で大きな病気をされた方はいますか? 母 [] 父 [] 兄弟・姉妹 []

⑬ タバコは吸われますか? 吸わない : 吸う [1日 本 年間]

⑭ お酒は飲まれますか? 飲まない : たまに飲む : よく飲む [平均1日量]

⑮ 当院を何でお知りになりましたか?

ホームページ 駅看板 電柱広告 チラシ 友人・家族からの紹介・勧め

その他 [

]

ご協力ありがとうございました