

# 問 診 票

年 月 日

この問診票は貴女のからだの様子を知るためのものです。よくお読みになって正確に御記入ください。

自宅 ☐ ( )  
フリガナ ケータイ ( )  
氏 名

## (1) 今日受診なさる理由は何ですか

- ①妊娠かどうか ②妊婦検診 ③出血 ④下腹痛 ⑤おりもの ⑥かゆみ  
⑦ 癌検診(子宮、乳) ⑧生理不順 ⑨不妊症 ⑩尿の症状  
⑪ その他 ( )

## (2) 生理について

- 1 はじめて生理の始まった年齢は ( ) 才  
2 生理はだいたい何日目できますか 整・不整 ( ) 日型  
3 何日間位続きますか ( ) 日間位  
4 生理の血は 多・中・小  
5 生理の時、体の具合が悪くなりますか  
はい (下腹痛、腰痛、その他) いいえ  
6 一番最近の生理はいつでしたか 年 月 日から ( ) 日間  
7 閉 経 才 年 月

## (3) 結婚、妊娠、分娩について

- 1 結婚していますか ①はい 昭和・平成 年 月  
②いいえ (性交の経験はありますか はい、いいえ )  
③離婚 昭和・平成 年 月  
④再婚 昭和・平成 年 月  
2 妊娠したことのあるかたは下にご記入下さい  
①流産 回 ②中絶 回  
③分娩回数は  
正常分娩 回 吸引分娩 回 帝王切開 回

## (4) 妊娠経過の異常はありましたか

切迫流産	有	無	入院	有	無
切迫早産	有	無	入院	有	無
妊娠中毒症	有	無	入院	有	無

## (5) 今までに何か病気をしたことがありますか

- ①虫垂炎 ②糖尿病 ③喘息 ④腎臓病 ⑤心臓病 ⑥肝臓病 ⑦結核  
⑧ その他 ( )

## (6) 薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか

有 ( ) 無

住 所 (〒 )