

* 1 枚目 *

※お手数ですが、点線でカットしてご持参くださいますよう、お願い申し上げます。

キ リ ト リ

宇都宮病院レディースクリニック 問診票

受診日 平成 年 月 日

(ふりがな)

氏名 () 歳 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

現住所 〒 (マンション名もご記入下さい) 職業 仕事内容

自宅電話番号 () 携帯電話番号 ()

御主人 (相手の方)

氏名 () 歳 (健・否) 会社名 ()

時間が不規則で帰りが遅い方ですか? (はい・いいえ) 仕事内容 ()

連絡先電話番号 () 携帯電話番号 ()

* 下記の項目の該当する番号に○をつけ、必要な項目にご記入下さい。

1. 今日診察に来られた理由は何ですか?

- ①妊娠の可能性→妊娠を継続する意志がおりますか? (継続する・悩んでいる・継続しない) ②おりもの
③かゆみ ④月経周期の異常 ⑤出血 ⑥腹痛 ⑦生理痛 ⑧がん検診希望 ⑨避妊したい ⑩膀胱炎症状
⑪赤ちゃんがほしい ⑫生理をずらしたい ⑬更年期障害の可能性 ⑭骨粗鬆症が心配 ⑮乳房の相談
⑯その他 ()

2. いつからどのような症状が始まりましたか。

()

3. 月経についてお聞かせ下さい。

- ①初潮は () 歳 ②最終月経 年 月 日 ~ 日間 順調 (日周期) ・不順
③生理の量は 多い・ふつう・少ない ④生理痛は なし・あり (腹痛・腰痛・頭痛)
嗜好 喫煙 本/日
⑤閉経は () 歳 飲酒 本/日

4. ご結婚されていますか?

- 未婚 ①これから入籍する予定が ない・ある ②性交渉をもったことが ない・ある
既婚 (昭・平 年 月 日に結婚) / 離別 (離婚・死別)

5. 妊娠についてお聞かせ下さい。

- ①妊娠は何回しましたか? (回) ・なし ②流産・早産はしましたか? (回) ・なし
③分娩は何回しましたか? (回) ・なし ④人工中絶はしましたか? (回) ・なし

※お手数ですが、点線でカットしてご持参くださいますよう、お願い申し上げます。

キ リ ト リ

6. これまでの妊娠・分娩についてご記入下さい。

	(生まれた週数)	(出生時体重)	(分娩様式)	(生まれた病院名)	所用時間	(出血量)
①昭・平	年 月 (W)	男・女 (g)	() ()	() ()	(時間 分)	(g)
②昭・平	年 月 (W)	男・女 (g)	() ()	() ()	(時間 分)	(g)
③昭・平	年 月 (W)	男・女 (g)	() ()	() ()	(時間 分)	(g)
④昭・平	年 月 (W)	男・女 (g)	() ()	() ()	(時間 分)	(g)

7. いままでにかかった病気はありますか？それはいつ頃から発症しましたか？

なし・ある→昭・平 年 月頃から 現在、完治・治療中→ ()
高血圧・心臓疾患・消化器疾患・肝胆疾患・腎疾患・糖尿病・内分泌疾患・呼吸器疾患・
アレルギー疾患・リウマチ性疾患・神経疾患・その他 ()

8. いままでに手術をうけたことがありますか？ 時期や病名・手術名・病院など、わかる範囲でご記入下さい。

なし・ある→昭・平 年 月頃 (歳のとき)
()

9. 現在、お薬を内服していますか？ 薬品名がおわかりでしたらご記入下さい。

なし・内服中→薬品名 ()

10. 注射・薬・麻酔・食品などで、アレルギーが出たり体調が悪くなったことがありますか？

原因などがわかればご記入下さい。
ない・ある→原因と症状 ()

11. ぜんそくの既往がありますか？ 現在加療中でしたら、薬品名と通院病院名をご記入下さい。

なし・ある→最後の発作は 昭・平 年 月頃 ()

12. 実母の妊娠・分娩経過について、わかる範囲で結構ですので、生まれた順にご記入下さい。
(ご本人には数字に○をお付け下さい。)

	(分娩様式)	(妊娠・分娩経過の異常)
①男・女 ()	なし・あり ()	()
②男・女 ()	なし・あり ()	()
③男・女 ()	なし・あり ()	()
④男・女 ()	なし・あり ()	()

13. 出産に対するご希望や、相談したいことなどありましたら、何でも結構ですでお書き下さい。