

ふりがな	生年月日		年齢	身長	体重
お名前	S・H・R 年 月 日		歳	cm	kg
〒 -			電話		
			職業		

《本日はどうされましたか》

妊娠の確認 : 市販検査薬 → 陽性・陰性・していない 出産 → する《当院・他院(里帰り)・未定》・しない・迷い中
 →こちらに記入された方は裏面もご記入お願いします。問診票記入後、血圧と尿検査のご案内があります。

- 月経が止まった 生理痛 生理不順 月経以外の出血
 更年期の相談 検診で異常 性病検査希望 乳房トラブル
 不妊の相談 避妊相談 アフターピル → 行為日時: 月 日 a.m. p.m. 時頃
 排尿痛 頻尿 生理をずらしたい → (月 日 ~ 月 日 を避けたい)
 陰部のかゆみ 陰部にできもの 癌検診 → 子宮頸がん・子宮体癌・乳癌
 オリモノ異常 → 白っぽい・黄みがかかった・血液混じり・量が増えた・臭い (当てはまるもの全てに○)
 その他

■月経について → 初めての月経(歳) 閉経(歳)
 最終月経 → 月 日 ~ 月 日 月経周期 → 順調・不順 (日型)

■婚姻状況 → 既婚・未婚

■性行(SEX)の経験 → ある・ない

■分娩回数 → () 回 ⇒ 分娩されたことがある方は裏面の分娩歴のご記入もお願いします。

■1年以内に子宮頸がんの検査を受けられたことがありますか? → ない・ある↓
 あるに○をつけた方 検査結果: 正常・異常・経過観察中 《 当院・他院 》

■今までに病気や手術をしたことはありますか? → いいえ・はい↓

病名: (年齢 歳) 完治・治療中

手術: (年齢 歳) 完治・治療中

■血液検査で感染症と言われたことがありますか? → ない・ある↓
 あるに○をつけた方: 梅毒・B型肝炎・C型肝炎・エイズ・その他()

■現在服用している薬はありますか? → ない・ある↓ お薬手帳がある方は記入不要です、
 薬品名: 受付にお出してください。

■アレルギーはありますか? → ない・ある↓

食べ物: ・花粉症・喘息・アトピー・ラテックス(ゴム)・金属

■アルコール消毒で皮膚が赤くなったり、かぶれたりしたことはありますか? → いいえ・はい

■飲酒の習慣はありますか? → いいえ・はい : 週に 日、1日に 杯くらい

■喫煙の習慣はありますか? → いいえ・はい : 1日 本くらい

《妊娠・分娩歴について》

■妊娠したことはありますか？→ ない ・ある↓

分娩()回 ・ 流産()回 ・ 人工中絶()回 ・ 子宮外妊娠 ()回

■授乳中ですか？→ はい ・いいえ

■分娩歴

1人目	S・H・R 年 月 日	正常・吸引・手術・流産・中絶・死産(週)	当院・他院
2人目	S・H・R 年 月 日	正常・吸引・手術・流産・中絶・死産(週)	当院・他院
3人目	S・H・R 年 月 日	正常・吸引・手術・流産・中絶・死産(週)	当院・他院
4人目	S・H・R 年 月 日	正常・吸引・手術・流産・中絶・死産(週)	当院・他院
5人目	S・H・R 年 月 日	正常・吸引・手術・流産・中絶・死産(週)	当院・他院
6人目	S・H・R 年 月 日	正常・吸引・手術・流産・中絶・死産(週)	当院・他院

《婚姻歴》

■既婚の場合→夫の年齢(歳)・職業()・結婚年月日(年 月 日)

■未婚の場合→パートナー → 有・無 (離婚年月日 年 月 日)

パートナーの年齢()歳 ・ パートナーの職業()

結婚の予定 なし・あり 入籍予定(年 月頃)

《病院記入欄》