

初診・受付問診票

平成 年 月 日

住所 _____

ふりがな

氏名 _____

電話番号 () _____

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 才

携帯番号 () _____

1. 今日は何な理由で受診なさいましたか？

いつから 月 日

- 生理がない 生理と違う出血 生理が止まらない
子宮ガン検診 乳ガン検診 成人健康診査（なごやか検診）
しこり おりもの かゆみ 性病の検査
下腹部の痛み 更年期障害の相談 排尿障害がある
妊娠しているかどうか
・自分で妊娠検査薬はチェックしましたか？ はい 陽性 陰性 いいえ
・「はい」の方、いつ検査しましたか？ 月 日
・分娩は、里帰り分娩を希望 県 市 他院を紹介して欲しい
避妊の相談（次のどれですか？ 低容量ピル アフターピル リング）
不妊の相談 ※医院にて、ご用意しております別紙の質問事項にもお答え下さい。
産み分け
その他のことで _____

2. あなたの月経（生理）について

初潮は 才 閉経は 才

最後の生理（最終月経）はいつでしたか？ 月 日から 日間

- 生理は順調ですか？ はい いいえ 周期は 日 ~ 日型
生理痛はありますか？ ある 下腹部痛 腰痛 頭痛 時々ある ない
生理の量は 多い 普通 少ない

3. あなたの結婚、妊娠、分娩について

- 未婚の方 性交（セックス）経験 ある ない
結婚は している（昭和・平成 年） していない 婚約中 同棲中
妊娠経験は ある ない
出産回数 回 自然流産 回 人工妊娠中絶 回
[出産の年月] [体重] [病院名]
年 月 g 健康・否
年 月 g 健康・否
年 月 g 健康・否

4. 今までに大きな病気や手術の経験がありますか？ 有 無

年 月 病名 病院名
年 月 病名 病院名

5. アレルギーについて

- 薬・注射 有 無 じんましん 有 無
食べ物 有 無 出血しやすい 有 無