

# 初診・受診受付カード

★この問診表は、当院の医療従事者以外の目に触れることはありません★

問診内容はすべて正確に記載してください

住所	□□□—□□□□			
ふりがな			昭和 平成	年 月 日生
氏名	旧姓( )			
TEL			紹介者	
携帯				
身長	cm	体重	kg	血液型 型 (Rh +・-)

## 1. 診察の目的 (○をつけて下さい)

- 妊娠かどうか
  - 分婭希望する
  - 分婭希望しない
- 生理の異常  
長引く・多い・少ない・痛む・不順
- 生理の調整 ( 日～ 日まで)
- 異常出血
  - 月 日～
  - 量 (少ない・多い)
  - 色 (黄色・褐色・淡赤色・赤色)
- 帯下 (おりもの)
- 外陰部のかゆみ、又は痛み
- 下腹部痛、腰痛
- しこりがある (乳房・腹部・陰部)
- 検査・検診  
(子宮がん・乳がん・卵巣がん・子宮筋腫)
- 排尿障害 (痛み・残尿感・頻尿)
- 以下のような不快症状  
発熱・不眠・いらいら・肩こり・頭痛  
めまい・のぼせ・動悸
- 性病の心配
- 避妊方法の相談
- 性生活の相談
- その他

( )

## 2. 月経について

- 初 潮 ( 才)
- 最終月経 ( 月 日～ 日)
- 月経周期 ( 日)
- 閉 経 ( 才)

## 3. 妊娠・出産について

- 妊娠回数 ( 回)  
①出産 回

出産年月日	体重	
	g	経膣分娩・帝王切開
	g	経膣分娩・帝王切開
	g	経膣分娩・帝王切開
	g	経膣分娩・帝王切開
	g	経膣分娩・帝王切開

- ②流産 回
- ③中絶 回

## 4. 嗜好品について

- 1) タバコ 本/日
- 2) 酒 類 c c /日・週

## 5. アレルギーについて (有・無)

- 1) 食物 ( )
- 2) 薬物 ( )
- 3) 喘息 (有・無)

## 6. 既往疾患・手術歴

( )

## 7. 遺伝的疾患 (両親・兄弟など)

- ・有  
(がん・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・その他)
- ・無

## 8. 輸血歴 (有・無)

## 9. 結婚 ( 才)

## 10. 性行為の経験 (有・無)