

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名	フリガナ (旧姓：)	生年月日 西暦 年 月 日 (歳)	身長 cm
		携帯TEL ー ー	体重 kg
住所 (〒 ー)		実家 (〒 ー)	
自宅TEL ()		職業 / 様方	

※該当する箇所を○で囲み、□に✓印、空欄に必要事項をご記入ください。

本日来院の理由

1 妊娠の診察

A 妊娠している (妊娠検査薬 月 日陽性 / 他院で診察：予定日 年 月 日 紹介状：有・無)

B 不明

妊娠の場合 出産希望 (当院 他院) 中絶希望

2 産後の乳房トラブル (右・左・両側) (熱 度)

3 月経異常

4 月経以外の出血

5 月経をずらす

6 避妊 A ピル処方 (アフターピル 継続) B その他 (ミレーナ・子宮リング等)

7 子どもができない

8 更年期症状

9 おりもの・かゆみ・できもの

10 下腹部痛・腰痛

11 排尿痛・残尿感

12 腫瘍外来定期受診

13 子宮がんの検査 (券：有・無)

14 子宮筋腫・卵巣嚢腫

15 手術後の診察 (子宮・卵巣)

16 その他 []

A 月経について

①初潮 歳 ・ 閉経 歳

②最近の月経が始まったのは 年 月 日 日間

③月経周期は 順調 (~ 日周期) 不順④月経の量は 多い 普通 少ない⑤月経痛は ない ある (腹痛 腰痛 頭痛 その他 []
⇒鎮痛剤を使用 しない する)

B 結婚について

 未婚
(入籍する予定が ない ある) 既婚
(年 月 日に結婚) 離別
(離婚 死別)

C 妊娠・出産歴について

①性交渉の経験は ない ある②今までの妊娠歴は ない ある (回)③出産時、出血が多かった いいえ はい

	年月日	週数	出生体重	性別	妊娠経過					出産の状況				産後 正常・異常
					自然流産	人工妊娠中絶	死産 (2 週以降)	子宮外妊娠	その他	正常分娩	吸引分娩	鉗子分娩	帝王切開	
1	年 月 日	週	g	男・女									選択・緊急	正・異
2	年 月 日	週	g	男・女									選択・緊急	正・異
3	年 月 日	週	g	男・女									選択・緊急	正・異
4	年 月 日	週	g	男・女									選択・緊急	正・異
5	年 月 日	週	g	男・女									選択・緊急	正・異

※裏面もご記入ください。

D 体質や生活などについて

①薬によるトラブル ない ある ※ある方はご記入ください。

薬の名前	日時	症状	その他

②食べ物によるトラブル ない ある

食べ物の名前	日時	症状	その他

③今現在使っている薬やサプリメント ない ある

薬やサプリメントの名前	効果	使い方	その他

④特異体質 ない ある

1 喘息(最終発作 年 月) 2 じん麻疹 3 花粉症 4 アトピー 5 その他 []

⑤普段よく摂取する嗜好品

1 煙草 吸わない 吸う(本/日: 年間) やめた

2 お酒 飲まない 飲む(ml程度/日・週・月: お酒の種類) やめた

E 既往歴について

①今までにかかった病気は ない ある

1 高血圧 2 糖尿病 3 緑内障 4 心臓病 5 血栓症 6 脂質代謝異常 7 甲状腺
8 肝臓病 9 腎臓病 10 悪性疾患 11 貧血 12 輸血 13 てんかん 14 膠原病
15 消化性潰瘍 16 B型肝炎・C型肝炎: 治癒 or 治療中 17 精神疾患 []
18 婦人科手術 [] 19 その他手術 [] 20 その他 []

②【妊娠・出産歴のある方】妊娠中にかかった病気は ない ある

1 切迫早産 2 早産 3 妊娠糖尿病 4 妊娠高血圧 5 10週以降の胎児死亡 6 その他

③【妊娠・出産歴のある方】お子さんの病気は ない ある

1 黄疸 2 脳性麻痺 3 奇形 4 その他 []

④ご家族のかかった病気は ない ある

1 高血圧 続柄 () 2 糖尿病 続柄 () 3 遺伝病 続柄 ()
4 血栓症 続柄 () 5 その他 [] 続柄 ()

何かお困りのこと、ご心配なこと、お聞きになりたいことなどあればご記入ください。

個人情報保護法に基づき利用させていただきます。ご了承ください。 2022年4月改定



医療法人 清慈会
鈴木病院

産婦人科 小児科 麻酔科

〒471-0033 愛知県豊田市月見町1-10-8 TEL 0565-33-8051