

# 医療法人 かたよせクリニック産科・婦人科 新患問診表

以下の質問にお答えいただくと大変参考になります

お名前 \_\_\_\_\_ 様 (昭和・平成 年 月 日生・ 歳)

## 1. どうなさいましたか？ (該当する項目全てに をお書きください。( ) 内は○をお付け下さい。)

- 生理がとまった       生理とは異なる出血があった       帯下 (おりもの)  
 外陰部が (痒い・痛い)       腹痛       腰痛  
 尿が近い       排尿時に痛む       熱がある  
 癌検診希望       性病検査希望       (頭痛・めまい・のぼせ)  
 (不眠・いらいら感・肩こり)       (食欲不振・吐き気)  
 不妊症 (他施設での検査・治療:  有  無)  
 流産を繰り返す       避妊法希望       緊急避妊 (アフターピル)  
 妊娠の可能性 (市販妊娠診断薬:  陽性  検査していない)  
 妊婦健診 (里帰り分娩希望を含む)  
 望まない妊娠       性生活の相談       予防接種希望  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 2. あなたの生理について教えてください

- 1) 初めての生理 (初潮) の年齢 ( 歳)  
 2) 閉経 ( 歳)  
 3) 最終月経はいつでしたか 月 日から 日間  
 4) 生理は  順調 ( 日周期)  不順  
 5) 普段の生理の持続日数は ( 日間)  
 6) 生理の量は  多い  普通  少ない  
 7) 生理痛はありますか  ある (痛み止めを  使う  使わない)  
 痛むところは  お腹  腰  
 生理以外にも痛みは  有る (  排便時  性交時)  ない

〒
TEL

<当院記入欄>

SS	W	D
EDC	月	日

## 3. あなたの結婚・妊娠・分娩についてお聞きします

(お答えづらいときは診察室で伺います)

- 1) 性体験はありますか  はい  いいえ  
 2) 結婚はしていますか  はい (昭和・平成 年 月)  いいえ  
 3) 妊娠のご経験はありますか  はい  いいえ  
 4) 過去の妊娠経過 (中絶・流産についても記載してください。

	時期	妊娠週数	分娩様式	性別	体重	病院	備考
例	平成 12 年 5 月 5 日	妊娠 38 週	自然分娩	男	3400g	いわき共立	健康
1							
2							
3							
4							
5							

(裏へ続きます)

4. 現在までに罹<sup>かか</sup>った主なご病気や受けた手術について伺います

1) 主なご病気についてお書きください

① 才 ; (病名) \_\_\_\_\_ (病院) \_\_\_\_\_

② 才 ; (病名) \_\_\_\_\_ (病院) \_\_\_\_\_

③ 才 ; (病名) \_\_\_\_\_ (病院) \_\_\_\_\_

2) 手術

① 才 ; (病名) \_\_\_\_\_ (病院) \_\_\_\_\_

② 才 ; (病名) \_\_\_\_\_ (病院) \_\_\_\_\_

③ 才 ; (病名) \_\_\_\_\_ (病院) \_\_\_\_\_

3) 輸血を受けたことはありますか  はい  いいえ

4) アレルギー体質といわれたことがありますか  はい  いいえ

(“はい”とお答えの方は具体的に原因をお書きください)

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

5) 喘息はありますか  はい  いいえ

6) 現在常用されているお薬の名前をおわかりになればお書きください

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

⑤ \_\_\_\_\_ ⑥ \_\_\_\_\_ ⑦ \_\_\_\_\_ ⑧ \_\_\_\_\_

5. ご自身のことを伺います

1) ご職業は \_\_\_\_\_

2) 身長 \_\_\_\_\_ cm : 体重 \_\_\_\_\_ kg : 血液型 \_\_\_\_\_ 型 ・ Rh \_\_\_\_\_

3) 飲酒習慣 あり 付き合い程度 なし

4) 喫煙習慣 あり (1日 本) なし

6. ご家族のことについて伺います

1) ご主人は \_\_\_\_\_ 才 (ご職業 \_\_\_\_\_ )

ご健康ですか はい いいえ ( \_\_\_\_\_ )

2) 血のつながったご家族の中に以下のご病気を患った方はいますか

(例) 高血圧 ( 父 . . ) 糖尿病 ( . . )

癌 ( . . ) 遺伝病 ( . . )

結核 ( . . ) 高血圧 ( . . )

7. 緊急連絡先

ご住所 〒 - / \_\_\_\_\_

電話番号 : ( ) / 携帯番号 : - -

【里帰り出産の方は、里帰り先も記載してください】

ご住所 〒 - / \_\_\_\_\_

様方

電話番号 : ( )

\*連絡されるとお困りの方は問診時伺います。

ご協力ありがとうございました 院長