

# 問 診 票

該当する所に○をつけてから受付にお渡し下さい。

年 月 日 記入

フリガナ	未婚・既婚・再婚
お名前	結婚：昭和・平成・令和 年

生年月日 大・昭・平 年 月 日 ( 歳 ) 職業 ( )

住所 〒 □□□-□□□□

電話 自宅	—	—	紹介者があればお書き下さい。
携帯	—	—	病院・友人・その他 氏名

緊急連絡先 住所 〒 □□□-□□□□

(必ずご記入ください)

氏名 続柄 電話 — —

\* \* \* 荒川区子宮がん検診のみの方の記入は以上で終了です \* \* \*

## 1. 今日来院した理由は何ですか

- ① 妊娠かどうか 市販の検査薬で検査を( した \_\_\_月\_\_\_日 ・ しない )  
結果( 陽性 ・ 陰性 )
- ② ・妊娠なら ( 当院 ・ 実家 ) で分娩したい  
・妊娠なら、人工中絶したい
- ③ 月経以外の出血がある 出血は \_\_\_月\_\_\_日から
- ④ ( 下腹痛 ・ 腰痛 ) がある
- ⑤ おりもの、かゆみ
- ⑥ 尿が近い、排尿時痛みがある
- ⑦ 子宮ガンの検査
- ⑧ その他 [ ]

## 2. あなたの月経について

- ① はじめての月経があったのは \_\_\_歳
- ② 最後の月経は \_\_\_月\_\_\_日から \_\_\_日間  
量は( 多い ・ いつもと同じ ・ 半分以下 )
- ③ 毎月順調にありますか ( ある \_\_\_日型で、 \_\_\_日間 ・ 不順 )
- ④ 月経の時 ( 腹痛 ・ 腰痛 ・ 吐き気 ) がある
- ⑤ 閉経 \_\_\_歳

\*あなたの妊娠、分娩について

1)性交(セックス)の経験がありますか? ( あり なし )

2)妊娠したことはありますか? ( はい いいえ )

妊娠したことのある方は次にお答え下さい

人工妊娠中絶 ( )回 自然流産( )回

早産 ( )回 正期産 ( )回 (うち 帝王切開( )回)

3)あなたの体格は

身長( )cm 非妊娠時体重( )kg

\*妊娠・分娩・手術歴(婦人科以外も含めて)

年 月	週数	性	分娩 手術	出生時体重	特記事項	分娩、手術場所
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						

\*過去に特別な病気にかかった事がありますか? なし あり

呼吸器 心疾患系 腎泌尿器 糖尿病 甲状腺 精神疾患 ぜんそく  
性病( ) その他( )

\*過去に意識を失ったことはありますか? なし あり

\*薬剤、アルコールアレルギー なし あり( )

\*食物アレルギー なし あり( )

\*今服用している薬がありますか? なし あり( )

\*家族に特別な病気をお持ちの方がおられますか? なし あり

高血圧 糖尿病 遺伝性疾患 染色体異常 婦人科疾患 他( )

同意いただけましたら下記に☑をお願いします

ホームページに掲載されている「個人情報の取り扱いについて」に同意します。