

# 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 \* \* \*

\*当院で分娩を希望の方は、以下の質問に記入する前に、3ページ目をお読みになった上で ご記入ください。

## 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。

当院では以下の方の分娩は予めお断りさせていただいております。  
ご了承ください。

- ・日本の健康保険証をお持ちでない方
- ・子宮筋腫核出術の既往のある方
- ・定期的な妊婦健診を受けることができない方  
里帰り出産に関しても他院にて定期健診を受けることができない方
- ・その他、初診時、または妊婦健診中に高リスクと判断する場合には、他病院、センター等  
へのご紹介をさせていただく場合もございます。

※なお、当院では無痛分娩は行っておりません。

状況により陣痛開始以後の患者さんの状態により医師の判断で無痛分娩に移行することはあります。