

ふりがな 氏名	生年月日 (西暦 昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
現住所 〒	未婚・既婚 ご職業： 身長 体重 (非妊時) cm kg
現住所と住民票が異なる場合はご記入ください	
連絡先：(自宅)	(携帯)
メールアドレス： *当院の情報を不定期でお送りしております。 (迷惑メールフィルタを設定されている方は、qasy6fn9k@shirt.ocn.ne.jpからのメールを受信可能にしてください)	@
当院での診察は初めてですか？	はい ・ いいえ

[1] 今回はどのような症状で来院されましたか？

① 妊娠 市販の妊娠検査をされた方 → 月 日に (陽性 ・ 陰性) 他院で妊娠確定されましたか？ はい ・ いいえ [母子手帳 あり・なし / 紹介状 あり・なし] 今回の妊娠は？ (出産希望 ・ 中絶希望 ・ 考え中) 出産予定日 年 月 日 当院で分娩希望 (はい ・ いいえ ・ 考え中) 無痛分娩希望 (はい ・ いいえ ・ 考え中)			
② 生理不順・生理痛	③ おりもの	④ 子宮がん検診希望	⑤ ブライダルチェック
⑥ 下腹部痛・不正出血	⑦ 陰部のかゆみ	⑧ 不妊相談 他院での診療 (有 ・ 無)	
⑨ A 低用量ピル B 緊急ピル	⑩ 定期検診希望 (病名)	⑪ 月経をずらしたい (/ ~ / を避けたい)	⑫ その他 ()

診察ご希望の医師がございましたら、ご記入ください。()

[2] あなたの月経について

初潮 (初めての生理)： _____ 歳 閉経： _____ 歳
 月経周期：順 (日型) ・ 不順 月経時の症状：(なし ・ 腹痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛)
 症状があるとき痛み止めを使用しますか？ (はい ・ いいえ)
 一番最近の生理： _____ 年 月 日から _____ 日間

[3] 性交渉(セックス)の経験はありますか？ (はい ・ いいえ)

[4] 今までに妊娠したことはありますか？ (子宮外妊娠なども含む) (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方 ⇒該当する□にチェック入れ、枠内をご記入ください

□自然分娩 (回) □帝王切開 (回) □流産 (回 _____ 週のと看)
 □子宮外妊娠 (回 _____ 年 卵管切除手術 右・左)
 □中絶 (回 _____ 年 妊娠 _____ 週のと看 _____ 年 妊娠 _____ 週のと看)

※西暦でご記入下さい

分娩時の異常

年 月 日 (経腔・帝王切開)	週	g	男・女	当院・他院 []
年 月 日 (経腔・帝王切開)	週	g	男・女	当院・他院 []
年 月 日 (経腔・帝王切開)	週	g	男・女	当院・他院 []

※上記記載して頂いたお子さまの中で、1歳までにGBS感染症(菌血症・敗血症など)と診断され、入院し治療をされたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

[5] 現在、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

⇒裏面もご記入ください。

[6] 現在治療中である、または今までにかかった病気や感染症、手術を受けたことはありますか？

(はい ・ いいえ) 「はい」とお答えの方 ⇒ (現在治療中・過去にあった)

該当する□にチェックを入れ、詳しい病名・治療内容等をご記入ください

□糖尿病 □高血圧 □心臓疾患 □甲状腺疾患 □精神疾患 □その他 ()

(病名:)

□感染症 ()

□手術(歳のとき) (歳のとき)

[7] 現在服用中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ) 薬剤名 ()

「はい」とお答えの方 ⇒ お薬手帳はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

[8] アレルギーがでたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

原因(薬: 食べ物: その他:)

症状(薬: 食べ物: その他:)

[9] 今までに喘息にかかったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方 ⇒ □ 現在治療中 使用している薬 ()

⇒ □ 過去あった (最終発作 歳)

[10] あなたの生活習慣について

お酒は飲まれますか？ はい ・ いいえ ・ やめた (年前)

「はい」の方は、どれくらい飲まれますか？ (1日)

たばこは吸われますか？ はい ・ いいえ ・ やめた (年前)

「はい」の方は、どれくらい吸われますか？ (1日 本)

[11] ご主人について (ご結婚されている場合にお答えください)

年齢: _____ 歳 ご職業: _____ ご健康ですか？ (はい ・ いいえ)

今までにかかった病気はありますか？ はい () ・ いいえ

[12] 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

① 他院の紹介 ② インターネット ③ 看板 ④ 知人の紹介

⑤ 自分・家族が当院で出産 ⑥ 近所・通りすがり ⑦ その他 ()

[13] 当院へ里帰り分娩予定の方は、実家のご住所と連絡先を下記にご記入ください。

住所 〒

(様方)

(電話)

[14] その他ご要望やご意見があればご自由にお書きください。

ご記入ありがとうございました。

この問診表は診療目的以外では使用しません。プライバシーに関わることなので取り扱いは慎重にいたします。

※個人情報保護方針については、当院のホームページ <https://www.mihara.com/other/privacy.html> をご確認ください。