|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| うえむら病院 初診問診表 | | | |  | 記入日： 年 月 日 | |
| フリガナ  氏名 |  |  |  |  | 生年月日 | 大 昭 平 年　 月　 　日  （ ）歳 |
| 連絡先  ＊＊＊  必ずご記入下さい | ① 自 宅 |  |  |  | ご職業 |  |
| ②本人携帯 | |  |  | 身 長 | cm |
| ③緊急連絡先  (続柄： ) | |  |  | 体 重 | kg |
| **①本日来院された理由は何ですか？ ※あてはまる項目に〇を付けてご記入下さい** | | | | | | |
| １．妊娠についての相談 （ 妊娠している ・ 妊娠かどうか ） | | | | | | |
| 妊娠検査を － 調べた （ 結果： 陽性 ・ 陰性 ） 調べていない | | | | | | |
| 出産を希望しますか？（ はい ・ いいえ ・ 検討中 ） | | | | | | |
| ２．月経周期の相談（ 生理不順 ・ 不正出血 ） | | | | | | |
| ３．おなかが痛い | | | | | | |
| ４．外陰部がかゆい、おりものが多い | | | | | | |
| ５．がん検診 （ 子宮 ・ 乳房 ） 希望 | | | | | | |
| ＃６．更年期の相談  ＃別紙問診がございます。②枚目もご記入下さい | | | | | | |
| ＃７．不妊の相談 | | | | | | |
| ８．その他 （ 避妊の相談 ・ 膀胱炎症状 ・ セカンドオピニオン など ） | | | | | | |
| **②あなたの結婚についてお答えください** | | | | | | |
| ｛ 結婚した年齢（ ）才 ・ 離婚した年齢（ ）才 ・ 独身（ 同棲中・婚約中 ） ｝ | | | | | | |
| ｛ 再婚した（ ）才 ・ 夫（ ）才 ｝ | | | | | | |
| ・性交（セックス）の経験はありますか？ | | | | |  | ( ある ･ ない ) |
| **③現在の喫煙についてお聞かせ下さい** | | | |  |  | ( 吸っている ・ 吸っていない ) |
| 吸っている（ 本/日）・禁煙した（ 年 月頃から） | | | | | | |
| **④現在の飲酒についてお聞かせ下さい** | | | |  |  | ( 飲む ・ 飲まない ) |
| 飲むと答えた方 （ 一日の摂取量は？ ） | | | | | | |
| **⑤ご家族の中で下記の病気や、特別な病気にかかった方がいますか？** | | | | | | ( いる ･ いない ) |
|  | 高血圧 | 糖尿病 | 喘息 | 癌 | その他 |  |
| どなたが？ | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | |
| **⑥生理（月経）についてお答えください** | | | | | | |
| ・初めて生理が始まった年齢は（ ）歳・閉経は（生理が終わった）（ ）歳 | | | | | | |
| ・生理は { 順調 ・ 不順 } で、周期は（ ）日型・量は { 少ない ・ 中等量 ・ 多い } | | | | | | |
| ・生理はだいたい（ ）日間続きます | | | | | | |
| 生理痛は｛ ひどい ・ 軽い ・ ない | | | | | ＊最終月経＊  月 日から（ ）日間 | |
|  | | | | |  | ＊ 裏面へ続きます ＊ |

# ⑦妊娠・分娩についてお答え下さい

・妊娠したことがありますか？

妊娠は全部で（ ）回で出産は（ ）回

自然流産（ ）回・中絶（ ）回・子宮外妊娠（ ）回・死産（ ）回

【 分娩内容 】**※太枠内のみご記入下さい**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 分娩年月日 | 週数 | 出生体重  （ｇ） | 性別 | 分娩方法 | 病院名 | 特記事項 | ＧＢＳ |
| 1 |  |  |  | 男・女 | 正常・吸引・帝王切開（予定・緊急） |  |  |  |
| 2 |  |  |  | 男・女 | 正常・吸引・帝王切開（予定・緊急） |  |  |  |
| 3 |  |  |  | 男・女 | 正常・吸引・帝王切開（予定・緊急） |  |  |  |
| 4 |  |  |  | 男・女 | 正常・吸引・帝王切開（予定・緊急） |  |  |  |
| 5 |  |  |  | 男・女 | 正常・吸引・帝王切開（予定・緊急） |  |  |  |

( ある ･ ない )

＊枠が足りない方は下記の「memo」欄へご記入下さい。

# ⑧これまでの病歴についてお答え下さい

・婦人科で診断された病気はありますか？

( はい ･ いいえ )

{ 筋腫 ・ 卵巣腫瘍 ・ 子宮内膜症 ・ 子宮脱 ・ 他 ( ） }

上記以外で { 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息(小児) ・ 盲腸(虫垂炎) ・ 心臓 ・ 肝臓 ・ 結核 }

{ うつ病 ・ パニック障害 ・ 統合失調症 ・ 他（ ） }

・これまでに手術を受けたことがありますか？

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| いつ頃（年月日）か（年齢） | 病院名 | 病名 |
|  |  |  |

・輸血を受けたことがありますか？

・**服用中のお薬**がありますか？または以前服薬していたお薬はありますか？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| いつ頃（年月日）か（年齢） | 病院名 | お薬の名前 | 現在の状況 |
|  |  |  | 治療中 ・ 完 治その他  （ ） |

・アレルギーはありますか？

( はい ･ いいえ )

( ある ･ ない )

( ある ･ ない )

( あ る ･ な い )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お薬 | 食べ物 | その他 |
|  |  |  |

・最後に**子宮がん検診**受けたのはいつ頃ですか？（ 年 月頃 ・ 受けていない ）

memo

＊ 問診は以上です。ご記入後《受付窓口》へお渡し下さい ＊

＊「更年期の相談」・「不妊の相談」の方は別紙問診ご記入後受付窓口へお渡し下さい ＊