

# 初診・受診受付カード

★ この問診表は、当院の医療従事者以外の目に触れることはありません ★

問診内容はすべて正確に記載してください。

平成 年 月 日

住所	□□□□-□□□□				
ふりがな				生 年 月 日	昭和 ・ 平成
氏 名	旧姓 ( )			年 月 日	日生
TEL				紹介者	
携 帯					
身 長	cm	体 重	kg	血液型	型 ( Rh + ・ - )

## 1. 診察の目的 (○をつけてください。)

1) 妊娠している 市販検査薬 (+, -)  
検査日 ( / )

- ① 分娩希望する (当院・他院)  
② 分娩希望しない

2) 生理の異常  
長引く・多い・少ない・痛む・不順

3) 生理の移動  
避けたい日 ( 日～ 日まで)

4) 異常出血  
① 月 日～  
② 量 (少ない・多い)  
③ 色 (黄色・褐色・淡赤色・赤色)

5) 帯下 (おりもの)

6) 外陰部のかゆみ、又は痛み

7) 下腹部痛、腰痛

8) しこりがある (乳房・腹部・陰部)

9) 検査・検診  
(子宮がん・乳がん・卵巣がん・子宮筋腫)

10) 排尿障害 (痛み・残尿感・頻尿)

11) 以下のような不快症状  
(発熱・不眠・いらいら・肩こり・頭痛  
めまい・のぼせ・動悸)

12) 性病・避妊の方法・性生活の相談

13) その他

( )

## 2. 月経について

- 1) 初 潮 ( 才)  
2) 一番最近の月経 ( 月 日～ 日まで)  
3) 月経周期 ( 日)  
4) 閉 経 ( 才)

## 3. 嗜好品について

- 1) タバコ ( 本/日)  
2) 酒 類 ( cc/日・週)

## 4. アレルギーについて (有・無)

- 1) 食物 ( )  
2) 薬物 ( )  
3) 喘息 (有・無)

## 5. 現在の常用している薬剤

- ・有 ( )  
・無

## 6. 既往疾患・手術歴

( )

## 7. 遺伝的疾患 (両親・兄弟など)

- ・有 (がん・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・その他)  
・無

## 8. 輸血歴 (有・無)

9. 結婚 ( 才)

10. 性行為の経験 (有・無)

## 妊娠・出産について

- 1) 妊娠回数 ( 回)  
① 出産 ( 回) ② 流産 ( 回) ③ 中絶 ( 回)

出産年月日	体 重		分娩場所	性 別	健 康 状 態
	g	経膈分娩・帝王切開	当・他	男・女	健・否 ( )
	g	経膈分娩・帝王切開	当・他	男・女	健・否 ( )
	g	経膈分娩・帝王切開	当・他	男・女	健・否 ( )
	g	経膈分娩・帝王切開	当・他	男・女	健・否 ( )
	g	経膈分娩・帝王切開	当・他	男・女	健・否 ( )