

# 初 診 問 診 票

セミオープン バックアップ

紹介状 有 無

紹介元 \_\_\_\_\_

あてはまるにチェックし、必要な欄に文字または数字をご記入ください。

## 【ご本人について】

氏名： \_\_\_\_\_ 国籍： \_\_\_\_\_

※戸籍へ届出た文字でご記入ください。

職業 会社員 公務員 自営業 学生 無職 その他 ( )

未婚 既婚 結婚年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 【本日来院された理由・現在の症状をお書きください】

月経不順 不正性器出血 子宮筋腫がある 他院より紹介された

妊娠の可能性がある 里帰り出産 その他 \_\_\_\_\_

## 【既往歴・家族歴について】

1) アレルギーが ない ある (薬品名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_)  
(食 品： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_)  
(金 属： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_)  
(造影剤： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_)  
(その他： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_)

2) ぜんそくはありますか ない ある (最終発作： \_\_\_\_\_ 才)  
(使用している薬剤： \_\_\_\_\_)

3) 過去に輸血を受けたことがありますか ない ある (理 由： \_\_\_\_\_)

4) 現在、常用している薬はありますか ない ある (薬品名： \_\_\_\_\_)

5) 今までにかかった病気・受けた手術はありますか ない ある→以下の質問にお答えください

①チェックをお願いします

高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 甲状腺疾患 肝疾患  
自己免疫疾患 脳梗塞 脳内出血 てんかん 心療内科疾患  
精神疾患(通院も含む) 血液疾患 悪性腫瘍 血栓症 乳腺疾患(産後の乳房トラブルを含む)  
その他(病名： \_\_\_\_\_)

②その詳細についてお答えください

発症時期	病名	治療内容(入院・手術・輸血・点滴・内服・通院など)
_____年 ( _____ 才)		
_____年 ( _____ 才)		
_____年 ( _____ 才)		

6) ご自分の両親あるいはきょうだいに以下の病気を持った方がいますか

高血圧(続柄： \_\_\_\_\_) 精神疾患(続柄： \_\_\_\_\_) 遺伝性疾患(続柄： \_\_\_\_\_)  
糖尿病(続柄： \_\_\_\_\_) その他(病名： \_\_\_\_\_)

**【生理について】**

- 1) 生理が始まった年齢は \_\_\_\_\_ 才頃
- 2) 最近の生理は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 　　いつもと同じ  はい  いいえ
- 3) 周期はどのくらいですか \_\_\_\_\_ 日周期
- 4) 何日間続きますか \_\_\_\_\_ 日間
- 5) 生理痛はありますか  ない  軽い  中程度  ひどい  
 鎮痛剤を飲みますか  いいえ  はい (薬品名: \_\_\_\_\_ )
- 6) 生理の量は  少ない  ふつう  多い
- 7) 性交 (セックス) 経験はありますか  ない  ある
- 8) 閉経した年齢は \_\_\_\_\_ 才

**【妊娠・出産について】**

今までに妊娠したことがありますか  ない  ある

年月日	週数	経過	性別 出生体重	現在のお子様の 健康状態	分娩 場所
		<input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 胎状奇胎 <input type="checkbox"/> 出産→出産時の状況についてお答えください 分娩様式: <input type="checkbox"/> 経膈分娩 ( <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 吸引) <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由: _____ ) 分娩時出血: _____ ml	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 _____ g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院
		<input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 胎状奇胎 <input type="checkbox"/> 出産→出産時の状況についてお答えください 分娩様式: <input type="checkbox"/> 経膈分娩 ( <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 吸引) <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由: _____ ) 分娩時出血: _____ ml	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 _____ g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院
		<input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 胎状奇胎 <input type="checkbox"/> 出産→出産時の状況についてお答えください 分娩様式: <input type="checkbox"/> 経膈分娩 ( <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 吸引) <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由: _____ ) 分娩時出血: _____ ml	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 _____ g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院
		<input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 胎状奇胎 <input type="checkbox"/> 出産→出産時の状況についてお答えください 分娩様式: <input type="checkbox"/> 経膈分娩 ( <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 吸引) <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由: _____ ) 分娩時出血: _____ ml	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 _____ g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院
		<input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 胎状奇胎 <input type="checkbox"/> 出産→出産時の状況についてお答えください 分娩様式: <input type="checkbox"/> 経膈分娩 ( <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 吸引) <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由: _____ ) 分娩時出血: _____ ml	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 _____ g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院

**【宗教について】**

宗教上の制限はありますか  ない  ある (具体的にご記入ください: \_\_\_\_\_ )

# 以下は妊娠の可能性のある方のみお答えください

## 【現在の妊娠について】

- 1) 妊娠判定は：市販の判定薬で陽性    他院で妊娠の診断を受けた（予定日：\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日）  
生理が止まった
- 2) 妊娠は：自然妊娠    不妊治療後妊娠（治療内容：\_\_\_\_\_）
- 3) 妊娠継続について：出産希望（出産場所 当院 他院 どこにするか迷っている）  
中絶希望    妊娠継続を迷っている
- 4) 妊娠前の身長・体重は 身長\_\_\_\_\_cm    体重\_\_\_\_\_kg

## 【感染症について】

水痘（みずぼうそう）	<input type="checkbox"/> かかったことがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 予防接種済み	<input type="checkbox"/> 不明
耳下腺炎（おたふく）	<input type="checkbox"/> かかったことがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 予防接種済み	<input type="checkbox"/> 不明
麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/> かかったことがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 予防接種済み	<input type="checkbox"/> 不明
風疹	<input type="checkbox"/> かかったことがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 予防接種済み	<input type="checkbox"/> 不明
肺結核	<input type="checkbox"/> かかったことがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 予防接種済み	<input type="checkbox"/> 不明

## 【嗜好について】

- 1) 私はタバコを 吸わない    以前吸っていた（\_\_\_\_才から\_\_\_\_才まで 1日\_\_\_\_本）  
現在吸っている（\_\_\_\_才から 1日\_\_\_\_本）
- 2) 私はアルコールを 飲まない    以前飲んでいて  
現在飲んでいる（種類：\_\_\_\_\_を 1日\_\_\_\_\_ml・本 週\_\_\_\_\_日）

## 【夫もしくはパートナーについて】

- 1) 氏名：\_\_\_\_\_ 生年月日：西暦\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 2) 職業 会社員 公務員 自営業 学生 無職 その他（\_\_\_\_\_）
- 3) 健康状態 健康 否（\_\_\_\_\_）
- 4) 血液型 A B O AB / Rh(+) Rh(-) Rh(不明)
- 5) パートナーはタバコを 吸わない    以前吸っていた    現在吸っている

## 【家族構成について】 ※同居しているご家族を○で囲んでください

### 1) 家族構成

