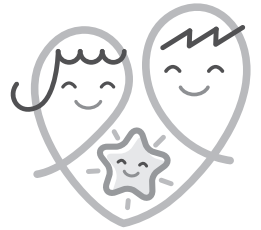


問診票



Perfe Takiyama
Maternity Clinic

記入日：令和 年 月 日

お名前	年齢	身長	体重
	歳	cm	kg

1、現在妊娠していますか？ _____ はい（妊娠反応+・他院で確認済み） ・ いいえ
→「はい」と答えた方で下記の症状はありますか？

出血・腹痛（おなかのほり）・胃痛（吐き気）・頭痛・便秘・胎動減少
その他（ _____ ）

付け加えることがありましたらお答えください。

（ _____ ）

→「いいえ」と答えた方は、本日受診された理由を教えてください。

月経（生理）について・性器出血・痛みがある・おりものの異常・陰部の異常
その他（ _____ ）

その症状は月経周期と関係ありますか？ _____ はい ・ いいえ

性交渉の経験はありますか？ _____ はい ・ いいえ

付け加えることがあればお答えください。

（ _____ ）

2、月経についてお答えください。

一番最近の月経は（ _____ ）月（ _____ ）日から（ _____ ）日間

その前の月経は（ _____ ）月（ _____ ）日から（ _____ ）日間

初潮年齢（ _____ ）歳 ・ 閉経年齢（ _____ ）歳 ・ 初潮前

月経痛は強いですか _____ はい ・ いいえ

月経量は多いですか _____ はい ・ いいえ

周期は順調ですか _____ はい（ _____ 日周期） ・ いいえ

月経時以外出血はありますか？ _____ はい ・ いいえ

付け加えることがありましたらお答えください。

（ _____ ）

3、結婚していますか？ _____ はい（結婚年齢 _____ 歳） ・ いいえ

4、妊娠出産歴についてお答えください。

妊娠回数（ _____ ）回、出産回数（ _____ ）回→うち（ _____ ）回帝王切開

過去の妊娠経過、分娩経過などで医師から指摘された点などなにかありましたか？

はい（ _____ ） ・ いいえ

5、過去にかかった病気、手術についてお答えください。

（ _____ ）

6、現在治療中（通院中）の病気、アレルギーなどについてお答えください。

（ _____ ）

7、ご家族の病気についてお答えください。（高血圧・糖尿病・悪性腫瘍など）

（ _____ ）

その他なにかございましたら、お書きください。

以上です。