

奥野病院 <<妊娠初期外来>> 問診票

番号： _____

フリガナ

氏名

生年月日

昭和・平成 年 月 日 (才)

住所

携帯電話番号

※お間違いのないようご記入下さい

職業

()

身長

() cm

体重

() kg

◆本日の受診目的をご記入ください。

※症状のある方は、いつ頃から、どのような症状があり、現在はどのような状態か、詳しくご記入下さい

◆月経について(普段、月経のある方)

- 最後の月経はいつからですか？ (年 月 日 ~ 日間)
- はじめて月経が始まったのはいつですか？ () 才
- 月経は順調ですか？ (順調 ・ 不順)
- 月経の周期は何日型ですか？ () 日 ~ () 日に一度
- 月経時の出血量はどうですか？ (少量 ・ 普通 ・ 多量 ・ かたまりが出る)
- 月経痛はありますか？ (なし ・ あり → 弱い ・ 中 ・ 強い)

◆月経について(普段、月経のない方)

- 月経が終わったのは？ () 才

◆不正出血(月経以外の出血)はありますか？ (なし ・ あり)

- いつからですか？ (頃から)
- 最後に不正出血があったのはいつですか？ (日前 ・ 週間前 ・ ヶ月前)

◆性交渉のご経験はありますか？(診察方法を考慮致します) (なし ・ あり)

- なしの方：婦人科での内診のご経験はありますか？ (なし ・ あり)

◆今までに妊娠されたことはありますか？ (なし ・ あり → 回)

- ありの方：経膈分娩 () 回 / 帝王切開 () 回 / 流産 () 回 / 中絶 () 回

◆結婚はされていますか？ (未婚 ・ 婚約中 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別)

◆これまでに病気や手術はありますか？ (なし ・ あり)

●ありの方

病名	いつごろ	医療機関名	どんな手術	部位

◆内服中の薬はありますか？ (なし ・ あり)

●ありの方

薬の名前

◆食べ物・薬のアレルギーはありますか？ (なし ・ あり)

●ありの方

食べ物・薬の名前	そのときの症状

◆最近、婦人科超音波検査（子宮や卵巣のチェック）を受けたのはいつですか？

(西暦 年 月ごろ)

◆子宮頸（けい）がん検診を受けたことがありますか？ (なし ・ あり)

●ありの方

最後の検査日：西暦 年 月ごろ（大阪市の検診・それ以外）

検査結果： 異常なし / 異常あり ()

◆本日、超音波の検査を希望されますか？ (する ・ しない)

ご協力ありがとうございました