

問診票（産科用）

記入日 20 年 月 日

氏名 _____ 様

身長 _____ cm

妊娠前の体重 _____ kg

職業：なし・会社員・公務員・自営業・その他（ _____ ）

喫煙：吸わない・以前吸っていた・現在吸っている（ _____ 本/日）

飲酒：飲まない・以前飲んでいた・現在飲んでいる（ _____ 回/週）

本日の来院理由についてお伺いします

妊娠の可能性がある	はい・いいえ	検査薬を使用した方	陰性・陽性
妊婦健診を希望する	はい・いいえ		
当院での出産を希望する	はい・いいえ		
里帰りの予定がある	はい（里帰り先： _____ ）		
その他（ _____ ）			

月経についてお伺いします

月経周期 規則的・不規則
 最終月経 年 月 日
 妊娠週数 週 日

結婚についてお伺いします

結婚 既婚・未婚
 離婚 無・有

アレルギーについてお伺いします

薬剤 無・有（ _____ ）
 食物 無・有（ _____ ）
 アルコールかぶれ 無・有
 テープかぶれ 無・有
 食べ物の好き嫌い 無・有（ _____ ）

既往歴についてお伺いします

無・有
 喘息 糖尿病 高血圧 腎疾患 輸血の経験
 甲状腺疾患 婦人科疾患 その他
 現在服用中の薬 無・有
 （ _____ ）

妊娠についてお伺いします

妊娠回数 回（今回の妊娠含まず）
 分娩回数 回
 流産回数 回
 中絶回数 回

配偶者・パートナーについてお伺いします

お名前（カタカナ） 様
 年齢 才 職業
 血液型 型 Rh
 携帯番号
 喫煙 吸わない・以前吸っていた・現在吸っている

今までの妊娠・分娩についてわかる範囲でご記入ください

年月日	妊娠週数	体重	性別	健否	分娩方法	母乳・人工・混合	特記事項

裏面にもご記入お願い致します。

過去 3 か月以内に以下のことはありましたか？

発熱	無・有
発疹	無・有
首の腫れ	無・有
風疹患者との接触	無・有
児童との接触が多い職場での就労	無・有

過去 1 年以内に子宮ガン検診を受けられましたか？ はい・いいえ

ご家族に持病をお持ちの方はいますか？ 無・有

高血圧・糖尿病・その他（ ）

ありがとうございました
ひまわりレディース&マタニティクリニック

スタッフ使用欄

妊娠成立法： 自然 排卵誘発剤 AIH IVF ICSI
GBS PIH IUGR 切迫 早産 早剥 HELLP 大量出血

問診票（婦人科用）

氏名	様	記入日	年	月	日
				身長	cm
				体重	kg
・ 本日はどのような症状で来院されましたか？					
・ 初潮はいつですか？					
・ 最終月経の開始日はいつですか？					
・ 月経はどのくらい続きますか？					
・ 月経周期はどのくらいですか？					
・ 性経験はありますか？					
・ 結婚されていますか？					
・ 妊娠されたことはありますか？					
・ ご出産されたことはありますか？					
・ アルコール綿かぶれはありますか？					
・ 薬剤・食物アレルギーはありますか？					
・ 喫煙はされますか？					
・ 飲酒はされますか？					
・ 既往歴はありますか？					
・ 現在服用しているお薬はありますか？					
・ 過去 1 年以内に子宮ガン検診を受けられましたか？					
・ ご家族に持病をお持ちの方はいますか？					
・ 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか					
・ 紹介 ご友人・ご家族・その他（					
・ ホームページ					
・ その他（					

ありがとうございました