



さとう産婦人科 問診票

ふりがな お名前			住所	〒
生年月日	昭・平・令	年	月	日(歳)
ご職業			連絡先	携帯電話: — —

● ご紹介で来院の方:()産婦人科様よりご紹介

分娩予約で ご診察の方	里帰り先住所			
	緊急連絡先	お名前	続柄	携帯電話 — —

■ 診察の目的 (あてはまる項目に「○」または「レ」をつけてください)

1. 妊娠かどうか / 市販薬(陽性・陰性) 分娩を希望する <input type="checkbox"/> 当院で出産希望 <input type="checkbox"/> 他院で出産希望	9. 避妊のご相談(ピル・リング)
2. 羊水検査希望(染色体検査)	10. 更年期様症状(のぼせ・冷え・肩こり等)
3. 月経異常(不順・むくみ・痛み)	11. 子宮筋腫・子宮下垂感
4. 月経前の体調不良(頭痛・むくみ・他)	12. 子宮ガン検診(市町村・個人)
5. おりもの(多い・臭い)	13. 乳がん検診(視触診のみ)
6. 外陰部の症状(痒み・痛み・かぶれ)	14. 月経を遅らせたい(試験・旅行)
7. 下腹部痛・腰痛(いつ頃からですか?:)	15. 性病検査(パートナー 検査済・未検査)
	16. 排尿痛
	17. その他:

■ おたずね

① 身長(cm)	体重(kg)	血液型(型 RH +・-)
② ご結婚(歳)	未婚(入籍予定: 年 月頃)	再婚(歳)
③ 初潮(歳)	月経周期(日型)	閉経(歳)
最終月経(平成・令和 年 月 日から 日間)		
無月経(週 日) ⇒ 出産予定日: 令和 年 月 日		

■ 妊娠歴 ※「異常妊娠・分娩の有無」につきましては、正確に記載(正期産・早期産・流産・中絶)をお願い致します。

	出産年月日	年齢	出産週数	出生体重	性別	分娩方法	異常妊娠・分娩の有無
例	昭(平)・令 18年 8月 8日	33歳	39週 5日	2,789 kg	男	経膈分娩	正期産
1	昭・平・令 年 月 日	歳	週 日	kg			
2	昭・平・令 年 月 日	歳	週 日	kg			
3	昭・平・令 年 月 日	歳	週 日	kg			
4	昭・平・令 年 月 日	歳	週 日	kg			
5	昭・平・令 年 月 日	歳	週 日	kg			

■ その他

現在の通院	無	有(病院名:)	処方薬:)
病歴(喘息など)	無	有(病院名:)	処方薬:)
手術歴(虫垂炎など)	無	有(病院名:)	処方薬:)
薬・注射での異常	無	有(病院名:)	処方薬:)
アレルギー	無	有(病院名:)	処方薬:)

■ 家族歴 (あてはまる項目に「レ」をつけてください)

<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 腎臓病
<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 輸血	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 膠原病