

問診票

ふりがな 氏 名			M・T・S・H 年 月 日生
			年齢 歳 女 ・ 男
職業	住所(〒 —)		電話番号
当院に受診されたことはありますか ある→(年 月頃) ない→当院をどちらで知りましたか()			

○ 今日は、どうなさいましたか

○ いつ頃から、どのような症状がありましたか

○ 現在、他の医療機関にかかっていますか
 いない・いる()

○ 今までに大きな病気かかったことがありますか
 ない・喘息・高血圧・糖尿病・高脂血症・肝臓病・心臓病・精神科的疾患・結核
 その他()

○ 薬や食物などでアレルギーを起こしたことがありますか
ない・ある()

○ あなたの身長・体重は 身長 cm 体重 kg

○ 嗜好品など
 飲酒 飲まない・飲む・つきあい程度()
 タバコ 吸わない・やめた・吸う(本/日)

○ ご家族で病気の方、又は病気で亡くなられた方はいらっしゃいますか
()

○ 生理(月経)について
 生理が始まった年齢(歳) 小・中学 年
 生理が終わった年齢(歳)
 いちばん最近の生理 年 月 日から 日間
 いつもの生理は 順調・不順 周期は？(日型 日間)

○ 結婚、妊娠、出産について
性交の経験はありますか はい・いいえ
結婚 している・未婚・同棲中・婚約中・離婚
妊娠したことがありますか はい・いいえ

順 番	年 齢	妊娠の経過は					お産は			子供は			産後は	
		正 常	流 産	子宮 外	胞状 奇胎	中 絶	正 常	鉗 子	帝 切	男 児	女 児	体 重	正 常	異 常
1												g		
2												g		
3												g		
4												g		
5												g		