

堀病院 産婦人科外来 予診票

*氏名は、戸籍上の字をお願いします

フリガナ	生年月日
氏名	昭・平・令 年 月 日(歳)
〒 - 住所	(自宅)
TEL (携帯)	
(産科の方のみ記入をお願いします)	
実家住所	実家 TEL

ご来院の理由について、あてはまる事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい

I 産科

- 妊娠したようだ
自分で市販の妊娠反応を調べて 陽性だった(+) (月 日)
調べていない
- 他院にてすでに妊娠と言われている
前医よりの紹介状(あり・なし) 前医の病院名 :
予定日 : 20 年 月 日
- 分娩を希望する → 分娩施設は(当院・他院・未定) 健診(当院・他院)
産まれてくる赤ちゃんの性別を(知りたい・知りたくない)
 妊娠継続するかどうか迷っている
 妊娠継続できない(中絶手術を希望する)
- 現在(出血・腹痛・つわり)がある
今回の妊娠で気になることがある()

II 婦人科

- 月経異常・不順
- 不正性器出血
- 下腹部の痛み・異和感・腰痛
- 月経痛がひどい
- おりものが気になる
- 陰部(かゆい・痛い・腫れている)
- 子宮がん検査を受けたい・HPVワクチン接種
- 子どもが欲しい(不妊症検査・治療)
- 過去2年以内に子宮がん検査を受けたことがありますか 有(年 月頃) ない
- 更年期症状()
- 習慣流産(不育症)
- 乳腺炎
- ぼうこう炎(頻尿・残尿感・排尿時痛)
- 月経をずらしたい
- 避妊相談(避妊リング・ピル・性交後のピル)
- 子宮が下がってきた(子宮脱)
- (子宮筋腫・卵巣のう腫・ポリープ) が心配
- その他()
- 性病検査

III 月経についてお答え下さい

初めて月経があったのは 歳 閉経は 歳
いちばん最近の月経は 20 年 月 日から 月 日まで
月経は(順調・不順) 周期(月経1日目から次の月経が始まる前日までの日数) 日型
月経量(多い・普通・少ない) 月経痛(強い・弱い・ない)

※ 2枚目もご記入ください

IV 結婚、妊娠、分娩についてお答え下さい

現在、結婚していますか はい (歳で結婚) ・ 未婚 ・ 婚約中

未婚の方で、性交経験はありますか (はい ・ いいえ)

これまでの妊娠について、全部で 回(現在妊娠中の方は今回の妊娠は含めないでお答え下さい)

そのうち、出産 回 ・ 流産 回 ・ 人工中絶 回 ・ その他()

切迫流産・切迫早産・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症・子どもに合併症や搬送などあったか

(今回妊娠でいらした方は、これまでの分娩経過について年代順に下記の表にもご記入下さい)

	年 月 日	妊娠・分娩の経過	週数	性	出産時体重・児の状態	病院
1	20 年 月 日	正常分娩・帝王切開		男 女	g 健・否 ()	当院 他院
2	20 年 月 日	正常分娩・帝王切開		男 女	g 健・否 ()	当院 他院
3	20 年 月 日	正常分娩・帝王切開		男 女	g 健・否 ()	当院 他院
4	20 年 月 日	正常分娩・帝王切開		男 女	g 健・否 ()	当院 他院

V 今までにかかった病気、手術、アレルギー、家族の健康状態、その他について

◆今までにかかった病気及び現在治療中の病気についてお答え下さい(○とつけて下さい)

心臓病 肝炎 腎臓病 高血圧 脳卒中 喘息 肺炎 結核
 がん 糖尿病 腹膜炎 性病 甲状腺疾患 こう原病
 精神疾患 () その他()

◆現在お飲みになっているお薬の名前をお書き下さい()

◆手術を受けたことがありますか

歳 のとき、病名または手術名：

歳 のとき、病名または手術名：

◆いままでに輸血を受けたことがありますか(はい ・ いいえ)

◆アレルギー体質ですか(はい ・ いいえ)

食物アレルギー() 薬のアレルギー() ラテックス
 花粉症 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹 その他()

◆お酒は(ほとんど毎日飲む ・ たまに飲む ・ ほとんど飲まない)

◆タバコは(ほとんど毎日吸う ・ たまに吸う ・ 吸わない)

◆ご家族の方で、ご病気の方がいらしたらご記入下さい

誰が： 病名：

誰が： 病名：

◆あなたの身長は cm、 体重は kg (妊娠中の方は妊娠前の体重)

VI 今までに当院の受診は？

() 初めて

() 以前に受診したことがある (20 年 月頃)