

産科受付・問診用紙

ID:

令和 年 月 日

(フリガナ)				【ご職業】
【お名前】	様(歳)			
【生年月日】	昭和・平成・令和	年	月 日	
【ご住所】〒	-			
【携帯番号】	【電話番号】			

※ 下記の受診目的に○をお付け下さい

確 認 項 目	① 妊娠かどうか
	妊娠検査をされましたか? しない・した(+・-)【 月 日】
	医療機関を受診しましたか? しない・した 受診した医療機関名 _____ 【受診日 月 日】
	出産予定日 【 月 日】
② 分娩希望の医療機関について	
・当院出産	
・未定	
・他院出産(医療機関名 _____)	
③ 中絶希望 ・ まだどちらともいえない	
④ その他 (_____)	

※ おたずねします(必ず○をお付け下さい)

◆現在のあなたは

独身・婚約中・既婚・同棲・別居

◆月経・妊娠暦について

最終月経 月 日から 月 日まで ・ 日周期
今までに妊娠 回 ・分娩 回 ・最終分娩(歳)

◆既往歴

①今までに病気で治療、手術を受けたことがありますか?

ない・ある(年 月頃、治療・手術内容)

②医師より投薬を受けていますか? ない・ある(薬名)

③アレルギー体質がありますか? ない・ある(病名)

④喘息はありますか? ない・ある(病名)

なお、初診は診察の順番が遅れる場合があります。予めご了承ください。

