

産科問診票

ID:

令和 年 月 日

(フリガナ) 【お名前】	様(歳)	【ご職業】
【生年月日】	西暦 年 昭・平 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。

