

# 産科・婦人科外来問診票

ID No.

※氏名は戸籍と同じ漢字で、ご記入おねがいたします。 記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	(旧姓)	生年月日 T・S・H 年 月 日 (満 歳)		
住民登録地 (〒 - )	世帯主名		続柄	
現住所(住民登録地と異なる方のみ、ご記入してください) (〒 - )				
ご実家の住所(出産を予定している方のみ、ご記入ください) (〒 - )			国籍(外国人の方はご記入ください)	
緊急連絡先・ご本人携帯 - - ご家族( )携帯 - - その他(ご自宅など) - -				
<b>(必ず2か所以上、ご記入ください)</b> ※記載されている番号には、連絡させていただく事があります。ご了承ください。				
職業( ) 結婚は している ( 歳で結婚) していない(入籍予定の方⇒ 月予定)	配偶者 あり なし	※『配偶者あり』の方は、下記項目をご記入ください。 満 歳 職業( ) 血液型 (A・B・O・AB・不明 / RH+・RH-・不明)		
これまで当院で受診されたことがありますか? ある ・ なし	身長	体重	体温	
紹介状はありますか? ある ・ なし	cm	kg	°C	
最終月経: 月 日 から 日間 (量や周期がいつもと 同じ・違う) 閉経: 歳				

※病院使用欄 W D 分娩予定日(仮) 年 月 日

<p>どんな症状ですか? (該当する症状に○をつけてください)</p> <p>・下腹部痛 ・不正出血 ・かゆみ ・おりもの ・生理痛 ・生理不順 ・コルポ</p> <p>いつからですか 年 月 日頃から～</p> <p>・妊娠を希望されることで相談(診察の結果、他院へ紹介の場合があります)</p> <p>・ピル(低用量ピル・生理をずらすピル・アフターピル)</p> <p>性交経験はありますか: はい ・ いいえ</p>		<p>・その他</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>妊娠の可能性はありますか? はい ・ いいえ</p> <p>「はい」に○をつけた方は、下記項目にお答えください。</p> <p>・妊娠検査を { ・した → 結果は(陽性・陰性)( 月 日に判明) ・していない</p> <p>当院での妊娠検査を希望しますか? ( はい ・ いいえ )</p> <p>・他院で妊娠と判断された(出産予定日 年 月 日)</p>		
<p>今回妊娠だとしたら { ・お産する (お産先病院は? → 当院・未定・他院《 都・道府・県 病院》) ・お産をしない ・まだ考え中</p>		

※太線枠内の項目について、ご記入ください。裏面もあります。

医事課サイン

ママファイル( / ) Nsサイン _____	分娩予定日(決) 年 月 日	Drサイン
分娩: 当院 ( / ) 未定 ( / ) 他院 ( / )		

