

小阪産病院 初診問診票

当てはまる項目は、にチェックをお願いします。また () にお答え下さい。

(記入日 年 月 日)

診察券番号 (ID)	フリガナ	生年月日 (西暦)	年齢	職種 (例) 事務職・主婦・看護師など					
	氏名								
	身長 cm	妊娠前の体重 kg	血液型: 型 Rh +・-						
婚姻状況	<input type="checkbox"/> 初婚(年 月 日)・離婚(年 月 日)・再婚(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未婚:入籍予定(あり 月頃・未定・なし)								
来院理由 <input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 妊娠の診断 <input type="checkbox"/> 妊娠判定薬 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 (陽性・陰性・不明) (検査日 月 日) <input type="checkbox"/> 他院の妊娠診断 <input type="checkbox"/> 有 (病院名:) (分娩予定日 月 日) <input type="checkbox"/> 今後の方針 <input type="checkbox"/> お産する <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 中絶								
	<input type="checkbox"/> 妊婦健診希望 <input type="checkbox"/> 当院へ転院希望 <input type="checkbox"/> 当院へ里帰り分娩希望 <input type="checkbox"/> セミオープン希望 <input type="checkbox"/> その他 ()								
<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> 外陰部のかゆみ <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (頸がん・体がん) <input type="checkbox"/> その他 ()								
性交経験	<input type="checkbox"/> いままでにある <input type="checkbox"/> 全くない								
月経	初潮 (歳) 月経周期 (~ 日周期) 閉経 (歳) 最後の月経は (月 日 ~ 日間)								
妊娠・分娩歴	今回の妊娠を含めて () 回 分娩 () 回 そのうち経腔分娩 () 回 帝王切開 () 回 流産 () 回 人工中絶 () 回 死産 () 回 その他 ()								
詳細	年月日 (西暦)	週数 (週)	妊娠方法	妊娠結果	性別 (健・否)	体重 (g)	出血量 (ml)	分娩所要時間 (時間)	分娩施設
<input type="checkbox"/> 妊娠歴	年 月 日	週 日	自然不妊治療 ()	経腔 (無痛・吸引・鉗子・誘発) 流産 死産 帝王切開 (適応:) 人工中絶	(男・女) (健・否)		多・中・少 ()		
<input type="checkbox"/> 分娩歴	年 月 日	週 日	自然不妊治療 ()	経腔 (無痛・吸引・鉗子・誘発) 流産 死産 帝王切開 (適応:) 人工中絶	(男・女) (健・否)		多・中・少 ()		
<input type="checkbox"/> 妊娠歴	年 月 日	週 日	自然不妊治療 ()	経腔 (無痛・吸引・鉗子・誘発) 流産 死産 帝王切開 (適応:) 人工中絶	(男・女) (健・否)		多・中・少 ()		
<input type="checkbox"/> 分娩歴	年 月 日	週 日	自然不妊治療 ()	経腔 (無痛・吸引・鉗子・誘発) 流産 死産 帝王切開 (適応:) 人工中絶	(男・女) (健・否)		多・中・少 ()		
*書ききれない場合は スタッフへ お申し出ください。	年 月 日	週 日	自然不妊治療 ()	経腔 (無痛・吸引・鉗子・誘発) 流産 死産 帝王切開 (適応:) 人工中絶	(男・女) (健・否)		多・中・少 ()		
アレルギー 副作用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬剤 (薬剤名) <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> その他 (花粉症・アトピー・アルコール・ラテックス・)								
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 最終発作 (年 月) 服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名 () かかりつけ医 ()								
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 甲状腺機能亢進症・甲状腺機能低下症: () 服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名 () かかりつけ医 ()								
<input type="checkbox"/> 現病歴 (治療中)	いつ (年齢)	病名・手術名	現在の状態	病院名	現在内服中の薬				
<input type="checkbox"/> 既往歴 (過去)	年 月 ()		治療済・治療中・放置						
<input type="checkbox"/> 手術歴	年 月 ()		治療済・治療中・放置						
受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
<input type="checkbox"/> 精神科	いつ (年齢)	病名	現在の状態	病院名	現在内服中の薬				
<input type="checkbox"/> 心療内科	年 月 ()		治療済・治療中・放置						
	年 月 ()		治療済・治療中・放置						
輸血・血液製剤歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (輸血・血液製剤・自己血輸血)								
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> やめた (歳から) (本/日)								
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/週)								

入力済 印