

【問診票】

①

氏名 かりがな _____ (旧姓 _____) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
 住所 (アパート名・部屋番号) _____ 電話番号 (携帯) _____
 〒 _____

メールアドレス _____ @ _____

お知らせや案内等を郵送する場合があります。希望しない方はお声かけください。

● いわき市医療センター(共立病院)を受診したことはありますか? < いいえ・はい >
 いつ頃、何科を受診しましたか? (_____ 年頃 _____ 科)

● ご結婚はされていますか? 既婚 (_____ 歳の時)・未婚 (結婚予定: 有・無・未定)

● 身長 _____ cm ● 血型 (A・B・O・AB型) ● RH (+・-・不明)

※ 計測しますので記入は不要です → 【 体重 _____ kg BMI _____ 】

● 妊娠をしたことはありますか? < いいえ・はい >

妊娠・出産歴を順序通りにご記入ください。(流産・中絶を含みます)

分娩日 手術日	出産 年齢	分娩方法	出産 週数	出生体重	性別	分娩場所	出産時の 状態
		自然・吸引・帝切 死産・流産・中絶		g	男・女 不明		出血: 多・中・少 その他
		自然・吸引・帝切 死産・流産・中絶		g	男・女 不明		出血: 多・中・少 その他
		自然・吸引・帝切 死産・流産・中絶		g	男・女 不明		出血: 多・中・少 その他
		自然・吸引・帝切 死産・流産・中絶		g	男・女 不明		出血: 多・中・少 その他
		自然・吸引・帝切 死産・流産・中絶		g	男・女 不明		出血: 多・中・少 その他
		自然・吸引・帝切 死産・流産・中絶		g	男・女 不明		出血: 多・中・少 その他
		自然・吸引・帝切 死産・流産・中絶		g	男・女 不明		出血: 多・中・少 その他

① 最終月経開始日はいつですか? < _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間 >

② 周期は何日型ですか? < 順調 (_____ 日型) ・不順 >

③ 市販の妊娠検査薬は使用しましたか? < いいえ・はい 検査日: / +・- >

④ 妊娠と診断された時はどちらで分娩しますか? (当院分娩・他院分娩・中絶・検討中)

⑤ 他院を受診し、予定日はでていますか? < いいえ・はい >

(病院名: _____ 予定日 _____ 月 _____ 日)

裏面あり

