

①

【問診票】

(昭平令)

氏名 (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 @

※いわき市に帰省してから2週間経過していますか? (はい いいえ)

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)

のりしろ

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

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

