

[問診用紙]

初診・受付カード(産科用)

フリガナ 氏名				生年月日 昭平 年 月 日生 (才)
住所	〒 -			
TEL	自宅		携帯	

■ 最終月経 月 日より 日間 ■ 月経周期 順調・不順 日型

○ 市販の尿妊娠反応は検査しましたか?

いいえ・はい(陽性・陰性 実施日/ 月 日)

○ 出産を希望されますか?

いいえ・はい・検討中

○ 薬や注射で湿疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか?

いいえ・はい(薬剤名/)

○ 気管支喘息と言われたことがありますか?

いいえ・はい

○ 今現在、治療中の病気はありますか?

いいえ・はい(病名/)

○ 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか?

いいえ・はい()

○ 結婚していますか?

いいえ・はい

○ 妊娠の経験はありますか?

いいえ・はい(出産/ 回・流産/ 回・中絶/ 回)

○ お産の経験のある方は分娩の詳細を教えてください。

日付	出生体重	週数	場所	特記事項
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

○ 身長と妊娠前の体重を教えてください。 身長()cm 妊娠前の体重()kg

○ 検査などで異常が見つかった場合の連絡先を教えてください。

連絡先電話番号()

○ ご質問のある方は記入して下さい。