

プレ（インター）コンセプト外来問診票

*下線部に文字または数字を、当てはまる項目には□にレ点または○をお願いします。

ご記入いただいた個人情報は診療以外に使用することはありません。わかる範囲でご記入ください。

【1. 基本情報】

氏名：_____ 生年月日：_____年 _____月 _____日

身長：_____cm 体重：_____kg（20歳の時の体重_____kg）

職業：□会社員 □自営業 □学生 □専業主婦 □その他_____

連絡先（携帯番号）：_____

今後妊娠を希望している（妊娠希望時期：□半年以内 □1年以内 □未定）

今後の妊娠については検討中

・これまでの病気や手術歴：

時期（年齢）	病名	治療内容（手術名）	医療機関
年 (才)			
年 (才)			
年 (才)			

・ご家族の方（ご自身の両親、祖父母あるいは兄弟姉妹）の中にご病気を持った方はいらっしゃいますか？

続柄	病名	続柄	病名

【2. 現在治療中の病気】

糖尿病 高血圧 甲状腺疾患 心臓の病気 てんかん 自己免疫疾患（膠原病） 腎臓の病気

精神疾患 呼吸器疾患 血液疾患 消化器疾患 悪性腫瘍

その他（_____）

具体的な病名：

現在通院中の医療機関：

特になし

【3. 現在使用中のお薬・サプリメント】 *お薬手帳をお持ちの方はご持参ください

1. 4.
2. 5.
3. 6.

【4. 妊娠・出産について】

・現在ご結婚されていますか？ はい いいえ 今後入籍予定

・これまでの妊娠回数.....回 出産回数.....回 流産回数.....回 中絶回数.....回

・妊娠・出産歴がある方は以下の表に詳細をご記入ください

年齢	分娩週数	分娩方法	性別	出生体重	健/否	妊娠・分娩時の異常	出産場所
才	週	経膈/帝切	男/女	g	健・否		
才	週	経膈/帝切	男/女	g	健・否		
才	週	経膈/帝切	男/女	g	健・否		
才	週	経膈/帝切	男/女	g	健・否		

【5. 生活習慣について】

・睡眠時間：就寝.....時 ~ 起床.....時 / 不規則

・食事時間：規則的 不規則 間食あり

・喫煙：吸わない 吸っている（1日.....本くらい /才から）

・飲酒：しない する（週.....回程度）

・運動習慣（定期的な運動習慣）：ある ない

・ストレス：あり なし

・アレルギー：なし あり（具体名.....）

【6. 今回ご相談されたいこと 】
