

問診表(プレコン)

記入日 20 年 月 日

フリガナ				フリガナ			
女性氏名				男性氏名			
生年月日	西暦	年	月 日 (歳)	生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
職業		国籍 (日本以外の方)		職業		国籍 (日本以外の方)	
体重	kg	身長	cm	体重	kg	身長	cm
喫煙	有 (1日 本) / 無			喫煙	有 (1日 本) / 無		
通院方法	徒歩	自転車	バス 電車 車	通院方法	徒歩	自転車	バス 電車 車

婚姻状況	☐ 法的婚姻関係	婚姻月日 (西暦 年 月 日)
	☐ 事実婚	☐ 住民票が同一 ☐ 住民票が同一になっていない
	☐ 未婚	☐ 入籍予定あり (西暦 年 月 日) ☐ 入籍予定なし

◆ 月経について

最終月経	一番最近の生理について	月 日 ~ 月 日 (日間)
月経周期	生理初日から次の生理までの日数	約 日 から 日
月経何日目	生理初日を一日目として何日目か	本日月経 日目

◆ 妊娠・出産歴について

妊娠____回 出産____回 流産____回 中絶____回 子宮外妊娠____回 化学妊娠____回 死産____回

年 月 妊娠 / 出産	☐ 自然妊娠 ☐ 治療(病院名:)	☐ 分娩 週 (経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ 死産) ☐ 流産 週 (胎嚢確認 有 / 無 心拍確認 有 / 無)
----------------	---	--

◆ 既往歴について

1. 大豆のアレルギ-はありますか？	有 / 無	2・4・5・6・7で有と答えた方、 詳細をご記入ください
2. お薬のアレルギ-はありますか？	有 / 無	
3. アルコールのアレルギ-はありますか？	有 / 無	
4. 大きな病気をしたことはありますか？	有 / 無	
5. 婦人科系の病気・手術をしたことはありますか？	有 / 無	
6. 現在治療中の病気はありますか？	有 / 無	
7. 現在服用中のお薬はありますか？	有 / 無	
8. 6で有と答えた方、主治医から妊娠の許可は出ていますか？	有 / 無	
9. 過去、クラミジアに感染して治療したことはありますか？	有 / 無	
10. 9で有と答えた方、現在再感染しているか、検査を希望されますか？	する / しない	

※名古屋市無料風しん抗体検査を希望される方は以下のフローチャートを確認し、ご自身が検査の対象か
事前にご確認ください。

対象外の方で風しん抗体検査を希望する場合は、自費で検査が可能です(2,200 円)

