

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

◆ いつごろから妊娠を希望していますか？(希望している方のみ記入)

年 月ごろから

◆ 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 (経腔分娩 ・ 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

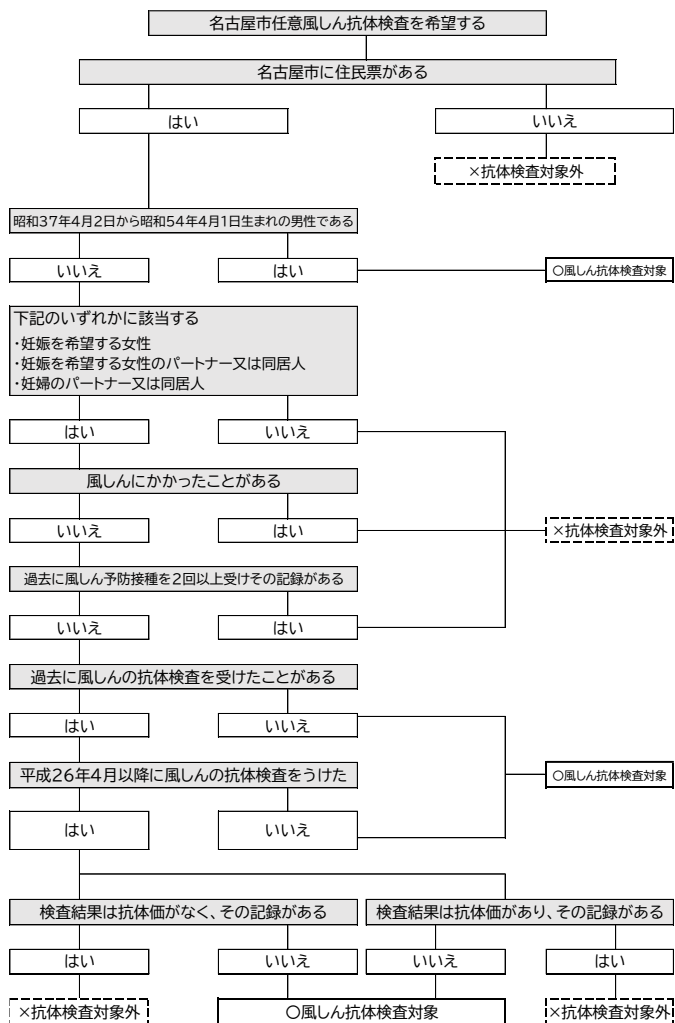
1. 大豆のアレルギーはありますか？	有 / 無	2・4・5・6・7で有と答えた方、 詳細をご記入ください
2. お薬のアレルギーはありますか？	有 / 無	
3. アルコールのアレルギーはありますか？	有 / 無	
4. 大きな病気をしたことはありますか？	有 / 無	
5. 婦人科系の病気・手術をしたことはありますか？	有 / 無	
6. 現在治療中の病気はありますか？	有 / 無	
7. 現在服用中のお薬はありますか？	有 / 無	
8. 6で有と答えた方、主治医から妊娠の許可は出ていますか？	有 / 無	
9. 過去、クラミジアに感染して治療したことはありますか？	有 / 無	
10.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

※名古屋市無料麻しん抗体検査および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)

対象外の方で麻しん抗体検査を希望する場合は、自費で検査が可能です(2,750 円)

風しん抗体検査フローチャート



麻しん抗体検査フローチャート

