

セキールレディースクリニック 問診票 (2人目希望用)

2人目希望で来院の方のみご記入をお願いいたします。

ID _____ 名前 _____ 記入年月日 令和 _____年 _____月 _____日

分娩について

※当院で治療を行い妊娠したお子様についてのみご記入ください

出産年月日	週数	性別	出生時体重	出産	病院	異常の有無	
						母体	子
年 月 日	週	男 女	g	経膈・帝王切開 吸引・鉗子		母体	子
						有・無	有・無
年 月 日	週	男 女	g	経膈・帝王切開 吸引・鉗子		母体	子
						有・無	有・無

断乳について

断乳はしていますか : はい ・ いいえ

月経について

最終月経 : 年 月 日 ~ 年 月 日 日間

月経周期 : 規則的 (型)

不規則 : バラバラ ・ だいたい 日 ~ 日周期

子宮ガン検診について

最終検診日 : 年 月 日

本日ガン検診希望 : 有 ・ 無

※高崎市の方のみ受診券を使用できますので、受付にお声掛け下さい

風疹について

風疹抗体検査をしましたか : はい ・ いいえ

ワクチン接種はしましたか : はい (年 月頃) ・ いいえ

その他医師にお聞きになりたいこと