

問診表

ふりがな		西暦	年	月	日	身長	体重(非妊時)
氏名		生年月日			歳	cm	kg
住所	〒					現在	
						既婚・未婚・結婚予定	
電話番号	携帯:	緊急連絡先		氏名:		[続柄]	
	自宅:			TEL:			

[1] 本日受診された理由にしてください。

- ・妊娠 市販の検査薬にて陽性(月 日) 陰性 未使用(月経が止まった) 他院にて診断
- ・分娩希望 当院 他院(病院名) 未定
- ・中絶 希望 迷い中
- ・月経の異常 月経が来ない 月経以外の出血がある 下腹部痛
月経痛 月経不順 月経が止まらない 月経血量が(多い・少ない)
- ・おりものの異常 (量 色 におい)
- ・外陰部の異常 (かゆみ 痛み できもの その他)
- 性行為感染症の検査希望 更年期障害 子宮がん検診 子宮筋腫、卵巣のチェック 健康診断で異常を指摘
- 不妊の相談 ブライダルドッグ希望 産後の相談(授乳 断乳 乳腺炎 その他)
- 月経をずらしたい 避妊相談(アフターピル・その他) その他(下記に記入)

具体的な症状やご質問のある方はご記入ください。

[2] 普段の月経についてお聞かせください。

- ・一番最近の月経はいつでしたか? 西暦 年 月 日から 日間
- ・いつもと同じ量でしたか? (同じ 多い 少ない)
- ・月経は初日から数え始めて何日ごとですか? (日周期・不規則・わからない)
- ・初潮は何歳頃でしたか? (歳頃)
- ・閉経は何歳頃でしたか? (歳頃)

[3] 性交渉の経験はありますか? (はい いいえ)

[4] 過去の全ての妊娠についてお聞かせください。

妊娠年月日 西暦で記入	出生体重	出産時 週数	性別	分娩方法	帝王切開等の 理由	病院名
年 月	g	週	男・女	正常・帝王切開・早産・流産・中絶・その他		
年 月	g	週	男・女	正常・帝王切開・早産・流産・中絶・その他		
年 月	g	週	男・女	正常・帝王切開・早産・流産・中絶・その他		
年 月	g	週	男・女	正常・帝王切開・早産・流産・中絶・その他		
年 月	g	週	男・女	正常・帝王切開・早産・流産・中絶・その他		

[裏面もご記入ください。]

1	最近子宮頸がん検診を受けましたか	はい・いいえ	西暦	年	月頃
2	今までに婦人科系の病気を指摘されたことがありますか	はい・いいえ	病名:		
3	今までに大きな病気や手術をしたことはありますか	はい・いいえ	病名 :		
			手術名:		
不妊治療(検査)のご相談の方は4もご記入ください。それ以外の方は5へ					
4	① ご結婚はいつですか	西暦	年	月頃	歳
	② 積極的に妊娠をお考えになったのはいつですか	西暦	年	月頃	
	③ 基礎体温は付けていますか	はい・いいえ			
5	現在、他院にて診察は受けていますか	はい・いいえ	病院名:		
			病名 :		
6	現在服用中の薬はありますか	はい・いいえ	薬剤名:		
			お薬手帳をお持ちの方はご提示ください		
7	① 今まで薬や注射でアレルギーが出たことはありますか	はい・いいえ	薬剤名:		
			症状 :		
	② 喘息はありますか	はい・いいえ	最終発作	年	月
			使用薬剤:		
	③ その他のアレルギーはありますか	はい・いいえ	食品()アトピー		
			金属 ラテックス 他		
8	右のような感染症といわれたことはありますか	はい・いいえ	B型肝炎 C型肝炎 クラミジア		
			HIV その他()		
9	血縁者で婦人科疾患・乳がんの方はおられますか ()内は続柄をご記入ください	はい・いいえ	子宮頸癌()体癌()乳癌()		
			卵巣がん()子宮筋腫()		
10	9のほかに血縁者で右のような病気の方はおられますか ()内は続柄をご記入ください	はい・いいえ	糖尿病()高血圧()		
			高脂血症()その他()		
11	喫煙についてお聞かせください	吸わない			
		吸う(本/1日) 歳頃から			
12	飲酒についてお聞かせください	飲まない			
		飲む 週 回 ml/合			
13	現在お仕事はされていますか	はい・いいえ	職業:		
14	現在授乳中ですか	はい・いいえ	お子様	ヵ月	
15	ご主人・パートナーについて 差支えなければご記入ください	年齢	歳	職業()	
		□死別		□離別	

ご記入ありがとうございました。受付までお持ちくださるようお願いいたします。