

# 問診票

年 月 日

番号

|         |                             |                |                |         |
|---------|-----------------------------|----------------|----------------|---------|
| フリガナ    |                             | 西暦             | 身長             | 体重（妊娠前） |
| 氏名      | 生年月日                        | 年 月 日<br>( 才 ) | cm             | kg      |
| 住所      | 〒 -                         |                |                |         |
| 電話番号    | 自宅 ( ) - -                  | 結婚していますか?      | 既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定 |         |
|         | 携帯 ( ) - -                  |                |                |         |
|         | 緊急連絡先<br>続柄: 氏名:<br>( ) - - |                |                |         |
| メールアドレス |                             |                |                |         |

緊急のご連絡やクリニック、ホスピタルの情報をお知らせいたします。 記入のご協力をお願いいたします。

## 【1】本日来院された理由を○で囲んで下さい。

|  |
|--|
| 妊娠 ( 市販の検査薬にて 陽性 月 日 ・ 陰性 ・ 使用未 ・ 他院にて診断 )                       |
| 分娩希望 ( 当院 ・ 他院 (病院名: ) ・ 未定 )                                    |
| 無痛分娩 ( 希望 ・ 希望しない ・ 未定 ) ・ 中絶 ( 希望 ・ 迷い中 )                       |
| 不妊治療 (検査) の相談 ・ 月経痛 ・ 月経不順 ・ 月経量が多い、止まらない ・ 月経が来ない ・ 不正出血 ・ 下腹部痛 |
| おりもの異常 (量・性状・におい・その他) ・ 外陰部の異常 (かゆみ・痛み・できもの・その他) ・ 性感染症検査        |
| 更年期障害 ・ 子宮がん検診 ・ 乳がん検診 ・ 子宮筋腫/卵巣嚢腫のチェック ・ 健康診断で異常を指摘された          |
| 月経をずらしたい ( 月 日 ~ 月 日の間を避けたい) ・ 避妊の相談 (ピル・アフターピル・その他)             |
| その他 ( )  |

## ● 具体的な症状や、ご質問などある方は、ご記入下さい。

|  |
|--|
|  |
|--|

## 【2】普段の生理についてお聞かせ下さい。

- 一番最近の月経はいつでしたか? (西暦 年 月 日より 日間 )
- いつもと同じ量でしたか? ( はい ・ いいえ )
- 何日ごとにきますか? (月経周期) ( ) 日 ~ ( ) 日
- 初潮はいつでしたか? ( 歳頃)
- 閉経はいつでしたか? ( 歳頃)

## 【3】性交渉（セックス）の経験はありますか?

はい ・ いいえ

## 【4】過去の妊娠についてお聞かせ下さい。

- 分娩 ( ) 回
- 流産 ( ) 回 ( 妊娠 週 )
- 中絶 ( ) 回

## 【分娩内容】

| 分娩年月<br>(西暦で記入) | 出生体重 | 性別  |     | 分娩方法                  | 帝王切開の理由 | 週数 | 病院名 |
|-----------------|------|-----|-----|-----------------------|---------|----|-----|
| 年 月             | g    | 男・女 | 健・否 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 (予定・緊急) |         | 週  |     |
| 年 月             | g    | 男・女 | 健・否 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 (予定・緊急) |         | 週  |     |
| 年 月             | g    | 男・女 | 健・否 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 (予定・緊急) |         | 週  |     |
| 年 月             | g    | 男・女 | 健・否 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 (予定・緊急) |         | 週  |     |

\*裏面もご記入をお願いします。

|   |                  |                      |          |         |
|---|------------------|----------------------|----------|---------|
| ① 2年以内に子宮頸がん・子宮がん検診を受けましたか？                       | いいえ・はい           | 西暦                   | 年        | 月頃      |
| ② 基礎体温をつけていますか？                                   | いいえ・はい           |                      |          |         |
| ③-1 不妊治療（検査）の相談の方はお聞かせ下さい。<br>・避妊の期間はどのくらいありましたか？ | (結婚：西暦           | 年                    | 月)       |         |
|   | 西暦               | 年                    | 月頃       | ～ 年 月頃  |
| ③-2・積極的に妊娠をお考えになられたのはいつからですか？                     | 西暦               | 年                    | 月頃       |         |
| ④ 現在、他院にて診察を受けていますか？                              | いいえ・はい           | 病院名：                 |          |         |
|   |                  | 診断名：                 |          |         |
| ⑤ 現在服用中の薬はありますか？                                  | いいえ・はい           | 薬剤名                  |          |         |
| ⑥ 食品・薬剤・金属・ラテックス(天然ゴム)など、アレルギーはありますか？             | いいえ・はい           | 食品・薬剤・金属・ラテックス(天然ゴム) |          |         |
|   |                  | 食品名/薬剤名：             |          |         |
|   |                  | 症状：                  |          |         |
| ⑦ 喘息はありますか？                                       | いいえ・はい           | 最終発作                 | ：        | 西暦 年 月頃 |
| ⑧ 同居のご家族の中にB型肝炎感染者（キャリア）の方はいらっしゃいますか？             | いいえ・はい           | 続柄：                  |          |         |
| ⑨ 今までに婦人科系の病気を指摘された事がありますか？                       | いいえ・はい           | 診断名：                 |          |         |
| ⑩ 今までに大きな病気や、手術をした事がありますか？                        | いいえ・はい           | 診断名：                 |          |         |
|   |                  | 手術名：                 |          |         |
| ⑪ 今までに精神科・心療内科・カウンセリング等を受診されたり、内服治療をされたことがありますか？  | いいえ・はい           | 診断名：                 |          |         |
| ⑫ 血縁者で子宮癌、卵巣癌、乳癌の方はみえますか？                         | いいえ・はい           | 続柄：                  |          |         |
|   |                  | 診断名：                 |          |         |
| ⑬ ⑫の他に、血縁者で病気の方はみえますか？<br>※ 糖尿病、高血圧症、血栓症など。       | いいえ・はい           | 続柄：                  |          |         |
|   |                  | 診断名：                 |          |         |
| ⑭ 喫煙についてお聞かせ下さい。                                  | 吸っていない<br>吸っている（ | 本/日）                 |          |         |
|   | 禁煙した（西暦          | 年                    | 月頃から）    |         |
| ⑮ 現在の飲酒についてお聞かせ下さい。                               | 飲まない・週に（         | 回）量（                 | ml・合）種類（ | ）       |
| ⑯ 働いておられますか？                                      | いいえ・はい           | 職業：                  |          |         |
| ⑰ ご主人（パートナー）についてお聞かせ下さい。<br>（※差し支えなければご記入下さい）     | ・氏名：             |                      | 年齢：      | 歳       |
|   | ・連絡先：            |                      |          |         |
|   | ・職業：             |                      |          |         |

\*ご記入ありがとうございました。受付までお持ち下さいますようお願い致します。

\* 診察の内容によって順番が前後することがございますが、ご了承下さいませ。

\* 診察の順番になりましたら、アナウンスにてお呼び出し致します。しばらくお待ち下さいませ。