

問診票

| | | | | | | | | | |
|--|--------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----|-----|----|----|
| ふりがな | | 生 年 月 日 | 昭・平 | 年 | 月 | 日 | 身長 | 体重 | |
| お名前 | 旧姓() | | () | () | () | () | () | cm | kg |
| 現住所 | (〒 -) | 郵 送 希 望 先 | <input type="checkbox"/> | 電 話 番 号 | 自宅 | | | | |
| 住民票 住所※ | (〒 -) | | | | <input type="checkbox"/> | 携帯 | | | |
| ※現住所と異なる場合のみ記入してください | | | | | | 他 | | | |
| 当院から連絡を取らせて頂 く場合の連絡先と連絡方法 をお知らせ下さい | 自宅 | <input type="checkbox"/> 医院名で連絡可 | <input type="checkbox"/> 個人名で連絡可 | <input type="checkbox"/> 連絡不可 | | | | | |
| | 携帯 | <input type="checkbox"/> 医院名で連絡可 | <input type="checkbox"/> 個人名で連絡可 | <input type="checkbox"/> 連絡不可 | | | | | |
| | 他 | <input type="checkbox"/> 医院名で連絡可 | <input type="checkbox"/> 個人名で連絡可 | <input type="checkbox"/> 連絡不可 | | | | | |

1. 本日はどのようなことで来院されましたか?(複数でも良いです)

赤ちゃんが欲しい

妊娠の診断(妊娠テストをした ___月___日 : 結果 陽性・陰性)

月経異常(月経が来たことがない 最近来ない 量が多い 量が少ない 月経痛が強い 不順)

月経以外の腹痛・腰痛がある 月経以外の出血がある 子宮筋腫があると言われた

卵巣嚢腫があると言われた 子宮内膜症があると言われた

検査の希望(子宮癌検診 性感染症の検査)

おりものの異常(量が多い 色がつく においがする)

陰部の異常(かゆみがある 痛みがある しこりがある)

更年期障害の心配 ほてり・発汗・肩こりがある

避妊の相談

その他()

2. 月経についてお答えください。

①初めて月経が始まったのは___歳頃 ②閉経したのは___歳頃

③一番最近の月経は___年___月___日から___日間

④その前の月経は___年___月___日から___日間

⑤月経周期 : 順調 不順 普段は___日周期、早いときは___日位、遅いときは___日位で来る

⑥月経の量は : 少ない 普通 多い 塊が出る

⑦月経の時に痛みが : ない 少し 痛み止めを内服する 寝込むほど強い

⑧乳汁が出るのが : ある ない

3. 子宮がん検診についてお答えください。

①子宮がん検診を受けたことが : ある ない

②一番最近の子宮がん検診は___年___月頃 異常は : あり なし

4. 妊娠・分娩についてお答えください。

※性交渉をしたことが：ある ない ※妊娠したことが：ある ない

| | 生年月および 分娩施設 | 妊娠方法 | 経過 | 性別 | 体重 | 流産をご経験の方はこ ちらもご記入下さい |
|---|---------------------------|--|--|-------------|----|---|
| 1 | S・H 年 月 分娩施設 () | <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 | <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由：) <input type="checkbox"/> 早産(ヶ月) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 | 男 ・ 女 | g | <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 袋(胎のう)が見えた <input type="checkbox"/> 心拍が見えた <input type="checkbox"/> 流産処置 <input type="checkbox"/> 自然排出 |
| 2 | S・H 年 月 分娩施設 () | <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 | <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由：) <input type="checkbox"/> 早産(ヶ月) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 | 男 ・ 女 | g | <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 袋(胎のう)が見えた <input type="checkbox"/> 心拍が見えた <input type="checkbox"/> 流産処置 <input type="checkbox"/> 自然排出 |
| 3 | S・H 年 月 分娩施設 () | <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 | <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由：) <input type="checkbox"/> 早産(ヶ月) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 | 男 ・ 女 | g | <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 袋(胎のう)が見えた <input type="checkbox"/> 心拍が見えた <input type="checkbox"/> 流産処置 <input type="checkbox"/> 自然排出 |
| 4 | S・H 年 月 分娩施設 () | <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 | <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由：) <input type="checkbox"/> 早産(ヶ月) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 | 男 ・ 女 | g | <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 袋(胎のう)が見えた <input type="checkbox"/> 心拍が見えた <input type="checkbox"/> 流産処置 <input type="checkbox"/> 自然排出 |

5. パートナーおよびご自身の家族についてお答え下さい。

既婚(年 月 歳で結婚) 未婚 近く結婚予定 死別した 離婚した 再婚した
パートナー 歳 健康 病気がある(病名：) 国籍は？日本 外国()

ご家族(血縁)に以下の病気の方がいらっしゃれば()内に続柄をご記入下さい。

糖尿病() 高血圧() 心筋梗塞() 脳卒中() 血栓症()

卵巣がん() 子宮がん() 乳がん() 子宮内膜症() 子宮筋腫()

その他()

6. 今までかかった病気・手術についてお答え下さい。

病気をしたことが：ない ある→高血圧 糖尿病 喘息 その他()

手術をしたことが：ない ある→年齢と手術名をお書き下さい： 歳時 手術名()

現在治療中の病気が：ない ある→高血圧 糖尿病 喘息 その他()

使用している薬()

アレルギーの薬や食べ物などがありますか？ ない ある→薬()その他()

7. 生活習慣についてお答え下さい。

タバコを：吸う 1日 本 年間 吸わない

お酒を：飲む 例：ビール1本/日→()/日 飲まない