

問 診 票

ふりがな		生 年 月 日	S・H 年 月 日 (歳)			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		
						携帯	
住民票 住所※	(〒 -)	<input type="checkbox"/>			他		
		※現住所と異なる場合のみ記入してください					
当院から連絡を取らせていただく場合の 連絡先と連絡方法をお知らせください		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？（複数回答でもかまいません）

- 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（子宮がん検診 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 H・R ____年____月____日から____日間
- ④その前の月経は H・R ____年____月____日から____日間
- ⑤月経周期は：順調 不順
普段は____日周期、早いときは____日くらい、遅いときは____日くらいで来る
- 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程度にある 寝込むほど強い
- ⑧乳汁が出るのが：ない ある

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：ない ある
- ②一番最近の子宮がん検診は：H・R ____年____月頃受診、異常は：なし あり

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：ない ある

■妊娠したことが：ない ある

	年月日および 分娩施設	妊娠方法	経過	性別	体重	流産をご経験の方は こちらをご記入ください
1	S・H・R 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"/> 顕微受精	<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・R 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"/> 顕微受精	<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・R 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"/> 顕微受精	<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・R 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"/> 顕微受精	<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. あなたとパートナー、およびご自身のご家族についてお答えください。

①あなたは：既婚（S・H・R ____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

②パートナーは： ____歳、健康 病気がある（病名_____）

③パートナーの国籍は：日本 外国（ _____ ）

④ご家族（血縁者）に以下の病気の方がいらっしゃいましたら（ _____ ）内に続柄をご記入ください。

・糖尿病（ _____ ） ・高血圧（ _____ ） ・心筋梗塞（ _____ ） ・脳卒中（ _____ ）

・血栓症（ _____ ） ・卵巣がん（ _____ ） ・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ください。

①病気をしたことが：ない ある（高血圧 糖尿病 喘息 その他（ _____ ））

②手術をしたことが：ない ある（年齢 ____歳当時、手術名_____）

③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（ _____ ）

④アレルギーの出る薬や食べ物などが：ない ある（薬 _____ その他 _____ ）

7. 生活習慣についてお答えください。

①タバコを：吸わない 吸う（1日 ____本 × ____年間）

②お酒を：飲まない 飲む（ _____ /日） （例：瓶ビール1本/日）