

問 診 票

ふりがな		生	S・H・R			身長	体重
お名前	旧姓 ()	年 月 日	年	月	日	cm	kg
			(歳)				
現住所	〒					連絡先	自宅 携帯 他
住民票 住所※	〒						
※現住所と異なる場合のみ記入してください							

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
- 流産を繰り返す（不育症）
- 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（不順 最近来ない 量が多い 量が少ない 月経痛が強い）
- 月経前の体調不良（からだやこころの不調）
- 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
 順調で ____日周期、不順で早いときは ____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. 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）

★2枚目以降もご記入下さい

5. 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	妊娠中の合併症	性別	体重	<input checked="" type="checkbox"/> 流産では 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"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由： <input type="checkbox"/> 早産（ 月） <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 胎盤異常 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離	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"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由： <input type="checkbox"/> 早産（ 月） <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 胎盤異常 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離	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"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由： <input type="checkbox"/> 早産（ 月） <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 胎盤異常 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離	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"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (理由： <input type="checkbox"/> 早産（ 月） <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 胎盤異常 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離	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

6. あなたとパートナー、およびあなたのご家族（血縁者）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（ _____）

・乳がん（ _____） ・卵巣がん（ _____） ・子宮がん（ _____） ・大腸がん（ _____）

・子宮筋腫（ _____） ・子宮内膜症（ _____） ・その他（ _____）

7. 今までかかった病気・手術についてお答えください。

①指摘された病気が：□ない □ある □高血圧 □糖尿病 □喘息 □甲状腺疾患 □精神疾患 □腎疾患 □膠原病
□てんかん □血液疾患 □心血管疾患 □がん治療後 □性感染症 □その他
病名（ _____ , _____ , _____）

②現在服用中の薬が：□ない □ある
薬名（ _____ , _____ , _____）

③手術をしたことが：□ない □ある （年齢____歳頃 手術名 _____）
（年齢____歳頃 手術名 _____）
（年齢____歳頃 手術名 _____）

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