

記入日 R 年 月 日

# 問 診 票

ふりがな  
氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳 体温: \_\_\_\_\_ °C

携帯番号: \_\_\_\_\_ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

住所: \_\_\_\_\_

※担当医師の希望がありましたら、受付にお声掛け下さい。

下記の質問にお答え下さい。

### ①月経について質問です。

初潮: \_\_\_\_\_ 歳頃 閉経: \_\_\_\_\_ 歳頃

・最後の生理( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日間) その前の生理( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日間)

### ②現病歴・既往歴・感染症歴(B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIVなど)

いつ頃(年齢)	病名・手術名	現在の状態	病院名
年 月( )		治癒 ・ 治療中 ・ 放置	
年 月( )		治癒 ・ 治療中 ・ 放置	
年 月( )		治癒 ・ 治療中 ・ 放置	

- 現在服用している薬がある いいえ はい (お薬手帳 あり なし 下記へご記入下さい)

お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒に受付にお渡し下さい。

薬品名: \_\_\_\_\_

### ③喘息 ・ 咳喘息と言われたことがありますか。

なし あり(最終発作 \_\_\_\_\_ 歳時、現在使用の薬 なし あり ( )

お薬手帳のない方はご記入下さい(薬剤名

### ④アレルギーについてご記入下さい。

なし あり [ 薬剤( \_\_\_\_\_ )、食べ物( \_\_\_\_\_ )  
[ 花粉、アトピー、ハウスダスト、その他( \_\_\_\_\_ )

### ⑤タバコは吸いますか。

いいえ 禁煙した はい( \_\_\_\_\_ 本/日)

### ⑥性交渉の経験はありますか

なし あり→3ヶ月以内に性交渉あり(なし・あり)

- 過去の妊娠・分娩について該当する事項を記入して下さい。

妊娠 回 分娩 回 自然流産 回 中絶 回 子宮外妊娠 回

出産年	出生体重	性別	分娩方式	病院名
年 月	g	男・女	正常・帝王切開( _____ 週)	当院・( _____ )
年 月	g	男・女	正常・帝王切開( _____ 週)	当院・( _____ )
年 月	g	男・女	正常・帝王切開( _____ 週)	当院・( _____ )

- 結婚していますか？ ( 既婚 ・ 未婚 → 入籍予定(有・無) )

## 《本日の受診の目的を教えてください》

- 下記のあてはまる項目にを入れ、  
該当する①~⑩の質問(裏ページ)のみお答えください

妊娠の可能性がある  
妊婦健診希望  
当院里帰り出産希望 } → ①へ

更年期について → ②へ

子宮筋腫・卵巣嚢腫について → ③へ

不妊治療希望 → ④へ

外陰部・おりもの・かゆみ  
性感染症について } → ⑤へ

子宮がん検診  
乳がん検診 } → ⑥へ

その他 → ⑦へ

月経について → ⑧へ  
(不順・痛み・不正出血・生理前の体調変化)

他院からの紹介 → 受付へ

ピル希望・処方  
月経日移動  
避妊相談 } → ⑨へ

※中面に詳しい問診票がありますのでご記入下さい。

