

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 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 過去・現在にかかった病気や手術・感染症について

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 お薬手帳をお持ちの方は、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アレルギーはありますか。 なし あり

薬剤( \_\_\_\_\_ )、食べ物( \_\_\_\_\_ )、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今まで性交渉の経験はありますか

なし あり → ここ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。

## ㊤妊娠について

- 出産予定( 当院 ・ 里帰り : \_\_\_\_\_ ・ 未定 )    出産考慮中    中絶希望
- ・妊娠検査薬( 未 ・ 陽性 ・ 陰性   検査日:   月   日 )
  - ・最後の生理( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日間)   その前の生理( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日間)
  - ・妊娠方法( 自然妊娠 ・ タイミング療法 ・ 人工授精 ・ 体外受精 )
  - ・基礎体温をつけていますか? ( いいえ ・ はい → 持参している ・ なし )
  - ・他院で受診した( いいえ ・ はい 病院名: \_\_\_\_\_ 受診日:   月   日 )  
  予定日 \_\_\_\_\_ 年   月   日   母子手帳( なし ・ あり )
  - ・現在 出血や腹痛( なし ・ あり \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 症状: \_\_\_\_\_ )
  - ・現在 飲酒はしていますか ( いいえ ・ はい )

## ㊤不妊治療について

- ・月経は順調ですか? ( いいえ ・ はい )
- ・基礎体温をつけていますか? ( いいえ ・ はい → 持参している ・ なし )
- ・他の病院に通院したことがありますか? ( ない ・ ある 病院: \_\_\_\_\_ )
- ・子宮筋腫・子宮内膜症といわれたことがありますか? ( なし ・ ある )

## ㊤外陰部・おりものの症状・性感染症について

- ・症状が出たのはいつ頃からですか? (   月   日頃 ~ )  
 できもの 部位: \_\_\_\_\_
- 外陰部のかゆみ
- 出血: 色( 赤 ・ ピンク ・ 茶 ・ おりものに混じる程度 )
- おりもの: 色( 透明 ・ 白 ・ 黄色 ・ 黄緑 )   におい( なし ・ あり )
- 他院・検査キットで検査をした → 診断: クラミジア ・ 淋菌 ・ カンジダ ・ その他 (   )
- 性感染症検査希望 (   )
- その他(   )

## ㊤月経について

あてはまるものに○をつけて下さい(複数可)

- ・量が多い ・ 痛みがひどい ・ 不順 ・ 不正出血 ・ 生理が来ない
- ・生理前の不調 ( 特につらい症状 :   )  
  その他 (   )
- ・基礎体温をつけていますか? ( いいえ ・ はい → 持参している ・ なし )
- ・子宮がん検診はいつ受けましたか? ( \_\_\_\_\_ 年   月   日 )    受けていない

## ㊤避妊・ピル・月経日変更のについて

- ピル希望( 避妊 ・ 生理痛 ・ その他 )
- アフターピル(性交渉: \_\_\_\_\_ 月   日   時頃 )
- 子宮内避妊具( 挿入 ・ 抜去: 《挿入日》 \_\_\_\_\_ 年   月 ( ミレーナ ・ FD-1 など )
- 月経日変更(避けたい日:   )

## ㊤更年期について

- ・いつ頃から症状がでましたか(   頃 )
- ・当てはまる内容に○をつけて下さい。(複数可)  
  ホットフラッシュ ・ めまい ・ のぼせ ・ 頭痛 ・ 動悸 ・ 寝汗 ・ 不眠  
  肩こり ・ イライラ ・ 憂うつ ・ その他 (   )

## ㊤定期検診について

あてはまるものに○をつけて下さい

- ・子宮筋腫 ・ 卵巣嚢腫 ・ その他(   )
- ・他院・人間ドックで診断( \_\_\_\_\_ 月   日   病院

## ㊤子宮がん検診・乳がん検診について

- ・市健診はがき持参( あり ・ なし )
- ・子宮及び卵巣の超音波検査希望( あり ・ なし )
- ・気になる症状(   )

## ㊤その他

[   ]

### スタッフ記入欄

HE(   ) 潜血(   ) GA(   w   d)

HZ(   ) ケトン(   ) EDC(   /   /   )