記入日R　　　年　　 月　　 日　　　　　 　問　診　票

：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　　　　歳　　体温：　　　　　　　℃

携帯番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　身長：　　　　　　㎝　　体重：　　　　　　　㎏

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）

1. **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Ⓐ～Ⓘの質問（裏ページ）のみお答えください****Ⓕへ**□妊娠の可能性がある　　　　　　　　　　　　　　□更年期について**Ⓐへ**□妊婦健診希望　　　　　　　　　　　　　　**Ⓖへ**□当院里帰り出産希望　　　　　　　　　　　　 □子宮筋腫・卵巣嚢腫について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**Ⓑへ**□不妊治療希望　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □子宮がん検診**Ⓗへ**□外陰部・おりもの・かゆみ　　　 　□乳がん検診　　　　　　　　　　　　 　**Ⓒへ**□性感染症について **Ⓘへ**□妊娠・不妊治療希望　　　　　　　　　　　　 　□その他**Ⓓへ**□月経について　　　　　　　　　　　　　 　□子宮筋腫・卵巣嚢腫について（不順・痛み・不正出血・生理前の体調変化）□ 　□他院からの紹介　　　　受付へ部・おりもの・かゆみ　　　　　　　　　 □ピル希望・処方　　　　　　　　　 　**Ⓔへ**□月経日移動　　　　　　　　　　　 　□避妊相談 |

※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

**スタッフ記入欄**

HE（　　　 　）　潜血（　　 　　 ）　 GA（　　 　ｗ　 　　ｄ）

HZ（　　 　　）　ケトン（ 　　　　） EDC（　　 　　/　 　　　/　 　　　）

**Ⓔ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**