

問診票

記入日 年 月 日

＜今までに病気や手術をしたことはありますか？＞

はい・いいえ

病名： 年齢： 歳 完治・治療中
病名： 年齢： 歳 完治・治療中
病名： 年齢： 歳 完治・治療中

手術： 年齢： 歳 病院名：
手術： 年齢： 歳 病院名：

＜現在、内服している薬はありますか？＞

はい・いいえ

(薬品名：)

＜血液検査で感染症と言われたことがありますか？＞

はい・いいえ

・梅毒 ・B型肝炎 ・C型肝炎 ・エイズ
・その他 ()

＜アレルギーはありますか？＞

はい・いいえ

・食べ物 (食品名：) ・花粉症 ・喘息 ・ラテックス (ゴム)
・薬 (薬品名：) ・金属 ・アトピー
・その他 ()

・アルコール消毒で皮膚が赤くなったり、かぶれたりしたことはありますか？ はい・いいえ

＜今まで薬や注射で副作用をおこしたことはありますか？＞

はい・いいえ

(薬品名：)

＜子宮癌検診を受けたことがありますか？＞

はい・いいえ

「はい」と答えた方はお答えください

・最後の子宮癌検診はいつですか？ (年 月 日)
・結果はどうでしたか？ 正常・異常・要経過観察
・どこで受けましたか？ 当院・他院 ()

＜家族の中に何か特別な病気の方はいますか？＞

はい・いいえ

・遺伝病 ・高血圧 ・糖尿病 ・その他 ()

＜嗜好品について＞

・飲酒習慣はありますか？ はい・いいえ (日/週・1日 杯ぐらい)
・喫煙習慣はありますか？ はい・いいえ (本/日)

＜基礎体温は測っていますか？＞

はい・いいえ

「はい」と答えた方はお答えください

・基礎体温表を持って来ましたか？ はい・いいえ(忘れた・表につけていない)

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 S・H 年 月 日 年齢 _____

住所 〒 _____ TEL (携帯) _____

職業 _____

身長 _____ cm

体重 _____ kg 非妊時体重 _____ kg

<本日はどうなさいましたか?> *該当するものに○を付けてください

- ・月経が止まった 市販妊娠検査薬: 陽性・陰性 (月 日) 出産: する・しない・迷い中
出産する場合: 当院・他院・わからない
- ・里帰り分娩希望 分娩予定日 (H 年 月 日) 現在通院している病院 ()
- ・生理不順 ・生理痛がひどい ・不正出血 ・生理をずらしたい 避けたい日 (月 日 ~ 月 日)
- ・おりものの異常 ・陰部のかゆみ ・お腹が痛い ・腰が痛い ・排尿痛
- ・がん検診 ・不妊相談 (相談・検査・治療) ・授乳相談 ・乳房トラブル
- ・更年期の相談 ・性病検査 ・避妊相談 (ピル・アフターピル・避妊具)
- ・その詳しい症状や何か希望があればお書きください

<月経について>

初めての月経: _____ 歳

閉経: _____ 歳

最終月経: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間 月経: 順調・不順 () 日型

月経量: 多い・普通・少ない

月経痛: ひどい・普通・軽い

<妊娠・分娩歴> ※ 必ずお答え下さい。

・性交 (SEX) の経験はありますか? はい・いいえ

・結婚していますか? はい・いいえ

結婚年齢: _____ 歳 離婚年月日 (S・H 年 月 日) 再婚年月日 (S・H 年 月 日)

夫の年齢: _____ 歳 職業 ()

未婚の場合: 結婚予定 あり・なし パートナーの年齢: _____ 歳 職業 ()

・授乳中ですか? はい・いいえ

・妊娠したことはありますか? はい・いいえ

分娩 () 回 流産 () 回 人工妊娠中絶 () 回 子宮外妊娠 () 回

S・H 年 月 日 週 g 男・女 | 正常・吸引・鉗子・手術・流産・中絶・死産 | 当院・他院 ()

S・H 年 月 日 週 g 男・女 | 正常・吸引・鉗子・手術・流産・中絶・死産 | 当院・他院 ()

S・H 年 月 日 週 g 男・女 | 正常・吸引・鉗子・手術・流産・中絶・死産 | 当院・他院 ()

S・H 年 月 日 週 g 男・女 | 正常・吸引・鉗子・手術・流産・中絶・死産 | 当院・他院 ()

S・H 年 月 日 週 g 男・女 | 正常・吸引・鉗子・手術・流産・中絶・死産 | 当院・他院 ()