

記入日： 年 月 日
紹介状：あり・なし

問診票

フリガナ 氏 名	生年月日	(西暦19 年 / 20 年) T・S・H・R 年 月 日 (歳)
住所	〒 -	
電話番号	※ご連絡がつく番号をご記入ください。 - -	身長 cm 体重 kg
職業	結婚歴	既婚 (歳時)・未婚 (入籍の予定：あり・なし)

1.本日、ご相談になりたい内容についてご記入ください

妊娠の疑い

☐ 妊娠の疑い 妊娠判定をされましたか？ (いいえ・はい： 月 日に検査 (病院/市販の検査薬) (陽性/陰性)

☐ 出産の予定 (出産予定・検討中・中絶希望)

※当院、分娩は取り扱っておりません。妊婦健診・人工中絶 (11週6日まで) は承っております。

婦人科

☐ 生理不順

☐ 出血 いつから () 色 (赤・ピンク・茶・おりものに混じる程度)

☐ 腹痛 いつから () 部位 (下腹部・全体・右側・左側)

☐ おりもの いつから () 色 (透明・白・黄色・黄緑) (におい (あり・なし))

☐ 外陰部の相談 いつから () 相談内容 (かゆみ・できもの・痛み)

☐ 生理痛 (腹痛・腰痛・頭痛・その他) 痛み止めの使用 (なし・あり：薬剤名)

☐ PMSの相談 (イライラ・気分の落ち込み・胸の張り・腹痛・その他)

☐ 更年期の相談 (ほてり・のぼせ・イライラ・不眠・動悸・息切れ・めまい・疲れやすい・気分の落ち込み・やる気の低下・その他)

☐ 尿・膀胱の症状 いつから () 症状 (排尿痛・下腹部痛・トイレに行く回数が多い)

☐ エムセラ希望 ☐ 性交痛の相談 ☐ プレコンセプションケア (妊娠前相談)

☐ 不妊の相談 ☐ 避妊の相談 (ピル・リング(FD-1)) ☐ ブライダルチェック

☐ アフターピル希望 (行為日時： 月 日 AM・PM 時頃)

☐ 生理をずらしたい (月 日 ~ 月 日を避けたい)

☐ 検診で異常 結果はお持ちですか？ (いいえ・はい：検査結果を受付へお渡してください)

異常があった項目 ()

☐ 性病検査希望 症状 (なし・あり：かゆみ・おりもの異常・その他)

パートナーが性病検査で陽性 (なし・あり：病名)

☐ 子宮頸がん検査 症状 (なし・あり：腹痛・不正出血・おりもの異常・その他)

☐ 子宮体がん検査 症状 (なし・あり：腹痛・不正出血・おりもの異常・その他)

☐ 乳がん検査 いつから () 部位 (右胸・左胸・両胸) 症状 (痛み・しこり・その他)

※当院、男性医師による触診、エコー(超音波)による検診となります。マンモグラフィーはございません。

2.月経(生理)についてご記入ください

・初潮 (歳) ・閉経 (歳)

・月経は順調に来ますか？ (はい・いいえ：月経周期 日型)

・一番最近の月経はいつからいつまでですか？ (月 日 ~ 月 日)

・月経量 (少・中・多)

・月経痛 (なし・あり：弱・中・強) 痛み止めの使用 (なし・あり：薬剤名)

3.血液検査で感染症と言われたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい いつ頃 (年 月頃) (梅毒・B型肝炎・C型肝炎・エイズ・その他)

裏面もあります。ご記入をお願いします。

3.性交渉の経験はありますか？（はい・いいえ）

4.今までの妊娠についてご記入ください

・今までに妊娠したことはありますか？（はい・いいえ）

出産_____回 ・ 流産_____回 ・ 人工中絶_____回 ・ 子宮外妊娠_____回

分娩方法（自然分娩・無痛分娩・吸引分娩・帝王切開）

5.現在、授乳をされていますか？（はい・いいえ）

6.今までの病気・手術歴についてご記入ください

☐なし ☐あり いつ頃（ _____ 歳） 状況（完治・治療中） 手術名（ _____ ）

☐子宮筋腫 ☐子宮内膜症 ☐子宮腺筋症 ☐子宮奇形 ☐卵巣のう腫

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐腎疾患 ☐心疾患 ☐肝疾患 ☐ぜんそく

☐子宮頸がん異形成 ☐子宮頸がん ☐子宮体がん ☐乳がん

☐その他 _____

7.現在、のんでいるお薬はありますか？

☐なし ☐あり（お薬の名称： _____ ）

・お薬手帳はありますか？（なし・あり：受付へお渡しください）

8.アレルギーについてご記入ください

☐なし ☐あり

食べ物（ _____ ） お薬（ _____ ）

花粉症・アトピー・ぜんそく・ラテックス(ゴム)・金属・その他（ _____ ）

9.生活習慣についてご記入ください

・アルコールを飲みますか？（いいえ・はい：（週 _____ 日、種類や量 _____ ））

・たばこを吸いますか？（いいえ・禁煙した・はい：（1日 _____ 本））

10.子宮頸がん検査を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい いつ頃（ _____ 年 _____ 月頃） 結果（正常・異常・経過観察中）

どちらで受けられましたか？（当院・他院・健康診断や人間ドック）

11.アルコール消毒で皮膚が赤くなる、かぶれることはありますか？（はい・いいえ）

12.ご主人・パートナー(彼氏・彼女)についてお聞かせください

・年齢（ _____ 歳） ・職業（ _____ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご回答いただきありがとうございました。受付へお渡しください。

必要に応じて、受付から問診内容の確認をお願いする場合がございます。お手数ですがご協力をお願いいたします。

医療法人尚生会 やまだ産婦人科