

問診票

年 月 日

番号

| | | | | |
|---------|-------|--------------------|-----------|----------------|
| フリガナ | | 西暦 | 身長 | 体重（妊娠前） |
| 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 (才) | cm | kg |
| 住所 | 〒 - | | | |
| 電話番号 | 自宅 | () - - | 結婚していますか？ | 既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定 |
| | 携帯 | () - - | | |
| | 緊急連絡先 | 続柄： 氏名： () - - | | |
| メールアドレス | | | | |

緊急のご連絡やクリニック、ホスピタル、医療法人葵鐘会の情報をお知らせいたします。 記入のご協力をお願いいたします。

【1】本日来院された理由を○で囲んで下さい。

| |
|---|
| 妊娠（市販の検査薬にて 陽性 月 日 ・ 陰性 ・ 使用未 ・ 他院にて診断） |
| 分娩希望（当院 ・ 他院（病院名： ） ・ 未定） ・ 中絶（希望 ・ 迷い中） |
| 不妊治療（検査）の相談 ・ 月経痛 ・ 月経不順 ・ 月経量が多い、止まらない ・ 月経が来ない ・ 不正出血 ・ 下腹部痛 |
| おりもの異常（量 ・ 性状 ・ におい ・ その他） ・ 外陰部の異常（かゆみ ・ 痛み ・ できもの ・ その他） ・ 性感染症検査 |
| 更年期障害 ・ 子宮がん検診 ・ 乳がん検診 ・ 子宮筋腫/卵巣嚢腫のチェック ・ 健康診断で異常を指摘された |
| 月経をずらしたい（ 月 日～ 月 日の間を避けたい） ・ 避妊の相談（ピル ・ アフターピル ・ その他） |
| その他（) |

● 具体的な症状や、ご質問などある方は、ご記入下さい。

| |
|--|
| |
|--|

【2】普段の生理についてお聞かせ下さい。

- 一番最近の月経はいつでしたか？（西暦 年 月 日より 日間）
- いつもと同じ量でしたか？（はい ・ いいえ）
- 何日ごとにきますか？（月経周期）（ ）日 ～ （ ）日
- 初潮はいつでしたか？（ 歳頃）
- 閉経はいつでしたか？（ 歳頃）

【3】性交渉（セックス）の経験はありますか？

はい ・ いいえ

【4】過去の妊娠についてお聞かせ下さい。

- 分娩（ ）回
- 流産（ ）回（妊娠 週）
- 中絶（ ）回

【分娩内容】

| 分娩年月 (西暦で記入) | 出生体重 | 性別 | | 分娩方法 | 帝王切開の理由 | 週数 | 病院名 |
|-----------------|------|-------|-------|-------------------------------|---------|----|-----|
| 年 月 | g | 男 ・ 女 | 健 ・ 否 | 正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 (予定 ・ 緊急) | | 週 | |
| 年 月 | g | 男 ・ 女 | 健 ・ 否 | 正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 (予定 ・ 緊急) | | 週 | |
| 年 月 | g | 男 ・ 女 | 健 ・ 否 | 正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 (予定 ・ 緊急) | | 週 | |
| 年 月 | g | 男 ・ 女 | 健 ・ 否 | 正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 (予定 ・ 緊急) | | 週 | |

*裏面もご記入をお願いします。

| | | | | |
|---|--------|----------------------|------|-----------|
| ① 2年以内に子宮頸がん・子宮がん検診を受けましたか？ | いいえ・はい | 西暦 | 年 | 月頃 |
| ② 基礎体温をつけていますか？ | いいえ・はい | | | |
| ③-1 不妊治療（検査）の相談の方はお聞かせ下さい。 ・避妊の期間はどのくらいありましたか？ | | (結婚：西暦 年 月) | | |
| | | 西暦 | 年 | 月頃 ～ 年 月頃 |
| ③-2・積極的に妊娠をお考えになられたのはいつからですか？ | | 西暦 | 年 | 月頃 |
| ④ 現在、他院にて診察を受けていますか？ | いいえ・はい | 病院名： | | |
| | | 診断名： | | |
| ⑤ 現在服用中の薬はありますか？ | いいえ・はい | 薬剤名 | | |
| ⑥ 食品・薬剤・金属・ラテックス(天然ゴム)など、アレルギーはありますか？ | いいえ・はい | 食品・薬剤・金属・ラテックス(天然ゴム) | | |
| | | 食品名/薬剤名： | | |
| | | 症状： | | |
| ⑦ 喘息はありますか？ | いいえ・はい | 最終発作 | ： | 西暦 年 月頃 |
| ⑧ 同居のご家族の中にB型肝炎感染者（キャリア）の方はいらっしゃいますか？ | いいえ・はい | 続柄： | | |
| ⑨ 今までに婦人科系の病気を指摘された事がありますか？ | いいえ・はい | 診断名： | | |
| ⑩ 今までに大きな病気や、手術をした事がありますか？ | いいえ・はい | 診断名： | | |
| | | 手術名： | | |
| ⑪ 今までに精神科・心療内科・カウンセリング等を受診されたり、内服治療をされたことがありますか？ | いいえ・はい | 診断名： | | |
| ⑫ 血縁者で子宮癌、卵巣癌、乳癌の方はみえますか？ | いいえ・はい | 続柄： | | |
| | | 診断名： | | |
| ⑬ ⑫の他に、血縁者で病気の方はみえますか？ ※ 糖尿病、高血圧症、血栓症など。 | いいえ・はい | 続柄： | | |
| | | 診断名： | | |
| ⑭ 喫煙についてお聞かせ下さい。 | | 吸っていない | | |
| | | 吸っている（ | 本/日 | ） |
| | | 禁煙した（西暦 | 年 | 月頃から） |
| ⑮ 現在の飲酒についてお聞かせ下さい。 | | 飲まない・週に（ | 回）量（ | ml・合）種類（ |
| ⑯ 働いておられますか？ | いいえ・はい | 職業： | | |
| ⑰ ご主人（パートナー）についてお聞かせ下さい。 （※差し支えなければご記入下さい） | | ・氏名： | | |
| | | 年齢： 歳 | | |
| | | ・連絡先： | | |
| | | ・職業： | | |

*ご記入ありがとうございました。受付までお持ち下さいますようお願い致します。

* 診察の内容によって順番が前後することがございますが、ご了承下さいませ。

* 診察の順番になりましたら、アナウンスにて呼び出し致します。しばらくお待ち下さいませ。