

問 診 票

問診日 年 月 日

氏 名		生年月日			職 業	未婚・結婚予定	
ふりがな		T・S・H 年 月 日				既婚(歳に結婚)	
漢字氏名		(歳)					
自宅住所	〒			ご実家住所	〒		
連絡先 緊急時のために必ずご記入ください	自宅		夫 (パートナー)	氏名		ご家族	氏名
	携帯			☎			☎

1. 患者基本情報 (以下の質問にお答えください。○で囲むか、必要事項をご記入ください) (赤文字の項目は必ずご記入ください。)

問 診 情 報	血液型		RhD		最終月経	平成 年 月 日 (日間)		
	身長	cm	体重	kg	子宮がん検診	受診【あり(直近 年 月)・なし】 異常【あり・なし】		
	初潮	歳	月経持続	日間		服用薬 (現在)		
	閉経	歳	月経周期	整(日型) ・ 不順				
	月経痛	○なし ○軽度 ○中等度 ○高度				飲酒歴	なし ・ あり (ml/日) 日/週	
						喫煙歴	なし ・ あり (本/日)(年前~)	
	月経量	○少量 ○普通 ○多量 ○凝血塊				薬剤アレルギー		
	性経験	○なし ○あり						
	結婚	○未婚 ○既婚						
				食物アレルギー				
離婚歴	○なし ○あり							
結婚回数	回		離婚回数	回				
結婚年齢	歳		再婚年齢	歳				

裏面もご記入ください

2. 本日はどのようなことで来院されましたか？

(以下の質問にお答えください。○で囲むか、必要事項をご記入ください)

- | | |
|---|--|
| <p>1. 妊娠の診察
市販の妊娠テストは《陽性(月 日)・していない》
妊娠確定後は・・・《産みます(当院・他院)・中絶希望・わからない》</p> <p>2. 月経の異常
出血が止まらない・出血量が多い・出血量が少ない
月経不順・月経が止まった
月経が1ヶ月に2回以上ある
生理痛が強い・月経前の症状()がつらい</p> <p>3. 子供ができない
これまで不妊治療を受けたことは
《 ない・ある() 》</p> <p>4. 更年期症状()がつらい</p> <p>5. 生理以外の出血がある</p> <p>6. おりものが気になる
量(多い/少ない)
色() 臭い()</p> | <p>8. 外陰部や膣のかゆみ
いつから()～</p> <p>9. 外陰部のできもの
いつから()～</p> <p>10. 下腹部痛・腰痛
いつから()～</p> <p>11. がんが心配(子宮・卵巣・乳房)</p> <p>12. 尿が近い
いつから()～</p> <p>13. 月経をずらしたい
なりたくない時期《 / ～ / 》</p> <p>14. 緊急避妊ピル(性交日時 / 時頃)</p> <p>15. セカンドオピニオン</p> <p>16. その他()</p> |
|---|--|

3. 妊娠・出産歴について

(以下の質問にお答えください。○で囲むか、必要事項をご記入ください)

★ 妊娠歴 《なし・あり(回) ⇒自然流産(回)・人工中絶(回) 》

既往 妊娠 分娩 歴	No.	年	月	日	歳	週数	児	児体重	性別	健否	分娩方法	妊娠経過	特記事項
	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
既往 歴	<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 高脂血症		<input type="checkbox"/> 腎臓疾患		<input type="checkbox"/> 肝疾患		<input type="checkbox"/> 心疾患		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患
	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患		<input type="checkbox"/> 肺疾患		<input type="checkbox"/> 血液疾患		<input type="checkbox"/> 精神疾患		<input type="checkbox"/> アレルギー疾患 () () ()		<input type="checkbox"/> 婦人科疾患 () () ()		<input type="checkbox"/> 性感染症
	<input type="checkbox"/> 喘息		<input type="checkbox"/> がん		<input type="checkbox"/> 手術歴 ※ 病名、手術歴は詳しくお書きください。 () () ()								<input type="checkbox"/> その他
家族 歴	<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> その他 (がん等)								