

問診票（初診）

問A[こ]28.01.001

ID _____

(正確にご記入ください)

2016年 月 日

ふりがな				生年月日	() 歳	血液型
氏名				大・昭・平		A・B・AB・O
住所	〒			年	月	RH +・-
TEL	-		携帯電話	-		
緊急連絡先	氏名	続柄 ()	TEL	-		
職業	(現在)	(過去)	身長	cm	体重	kg

○ お呼びする際、どのように呼んで欲しいですか？ 名前 番号 ニックネーム ()

○ 本日の来院目的

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 外陰部のかゆみ・いたみ・おりものが多い | <input type="checkbox"/> プライダルチェック | <input type="checkbox"/> 不妊・不育相談 |
| <input type="checkbox"/> 痛みがある(下腹痛・性交痛・腰痛) | <input type="checkbox"/> 性病の検査 | <input type="checkbox"/> 避妊相談 |
| <input type="checkbox"/> 出血 | <input type="checkbox"/> 子宮がん検査 | <input type="checkbox"/> 緊急避妊 |
| <input type="checkbox"/> 月経の異常(来ない・不順が強い・多い・少ない) | <input type="checkbox"/> 子宮頸がんワクチン希望 | <input type="checkbox"/> 夫婦生活の相談 |
| <input type="checkbox"/> 月経移動 | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫・卵巣のう腫チェック | <input type="checkbox"/> その他のご相談 |
| <input type="checkbox"/> 更年期障害(のぼせ・めまい・冷え・肩こり) | () | |
- 排尿痛・頻尿などの膀胱炎症状 妊娠している・妊娠の可能性ある
- ➔ 尿検査がありますので指示があるまで
トイレに行かないでください

裏面へご記入してください

○ 病歴・診療歴

- ◎ いままで以下の病気にかかったことがありますか？
 ①B型肝炎 ②C型肝炎 ③不整脈 ④喘息 ⑤甲状腺の病気 ⑥てんかん発作 ⑦婦人科疾患 ()
 _____番 _____歳頃、 _____番 _____歳頃、 _____番 _____歳頃
- ◎ 輸血したことはありますか？ はい・いいえ
- ◎ 薬・注射でのアレルギーはありますか？ はい・いいえ
- ◎ ご家族に、以下の病気はありますか？ (該当する番号とご家族の続柄を記入してください)
 ①心臓病 ②高血圧 ③糖尿病
 _____番の続柄 _____、 _____番の続柄 _____、 _____番の続柄 _____
- ◎ 1年以内に子宮がんの検査を受けたことはありますか？ はい・いいえ
- ◎ 心療内科・精神科への受診歴はありますか？ はい・いいえ
- ◎ 入墨はありますか？ はい・いいえ
- ◎ 現在タバコを吸っていますか？ はい・いいえ (はいの方: _____本/日)

○ 婦人科問診

- ◎ 現在結婚していますか？ はい・ (_____ 頃予定) ・ いいえ
- ◎ 初潮 (_____ 歳) 生理周期 (_____ ~ _____ 日型)
- ◎ 最後の生理はいつですか？ (_____ 月 日から _____ 日間) ・ 閉経 (_____ 歳)
- ◎ 性交経験はありますか？ はい・いいえ
- ◎ 妊娠歴 (妊娠 _____ 回、そのうち分娩 _____ 回)

出産年月	妊娠・出産・産後の状態	病院名	出生児の体重・性別	現在の子の状態
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否

◎ 中絶回数 (_____ 回) 流産回数 (_____ 回) 子宮外妊娠回数 (_____ 回) 胞状奇胎回数 (_____ 回)

○ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

紹介(家族・友人・ _____ さん)、インターネット、看板、その他 (_____)

※不妊・不育相談の方は裏面へのご記入をお願いいたします。



不妊・不育相談 問診票

問B【こ】28.01.001

ID _____

(正確にご記入ください)

2016年 月 日

本日受診された理由

- 子供ができない 不妊検査希望 その他
 妊娠しても流産してしまう(習慣性流産) 他院からの紹介 ()

月経(生理)について

- ◎ 初めてあった月経(初潮)は何歳の時ですか? _____ 歳
◎ 月経は順調ですか? はい _____ 日~ _____ 日型
 いいえ 早くて _____ 日、遅くて _____ 日
◎ 月経は何日間続きますか? _____ 日間くらい続く
◎ 月経の量は? 普通 多い(血のかたまりが出る) 少ない
◎ 月経痛はありますか? はい 頭痛 下腹部痛 腰痛 その他
◎ 一番最近の月経はいつでしたか? _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
◎ いつもと同じでしたか? はい いいえ → 多い 少ない 長い 短い
◎ その前の月経はいつでしたか? _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 わからない

結婚について

- ◎ 結婚していますか? はい _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳で結婚 初婚 再婚
 いいえ 未婚 事実婚 離婚 _____ 歳のとき
◎ ご主人の年齢・職業は? _____ 歳 職業 ()
◎ ご主人は健康ですか? はい いいえ (病名:)
◎ ご主人は過去に大きな病気をしたことはありますか? いいえ はい (病名:)

妊娠・分娩について

- ◎ 妊娠したことはありますか? はい いいえ
◎ 妊娠歴 妊娠 _____ 回 中絶 _____ 回
分娩 _____ 回 流産 _____ 回

他病院で検査や治療を受けられたことはありますか?

- はい いいえ
- ◎ 検査 子宮卵管造影検査 異常 なし あり _____
 ホルモン検査 異常 なし あり _____
 ヒューナーテスト 異常 なし あり _____
 精液検査 異常 なし あり _____
 子宮鏡検査 異常 なし あり _____
 腹腔鏡検査 異常 なし あり _____
 その他 ()
- ◎ 治療 卵管通気・通水
 排卵誘発 クロミッド hMG hCG その他 ()
 薬物療法 スプレキュア リュープリン
 人工授精 _____ 回 最終 _____ 年 _____ 月
 体外受精 _____ 回 最終 _____ 年 _____ 月
 顕微授精 _____ 回 最終 _____ 年 _____ 月
 子宮鏡下手術 _____ 年 _____ 月 _____ 日 病名 ()
 腹腔鏡下手術 _____ 年 _____ 月 _____ 日 病名 ()
 開腹手術 _____ 年 _____ 月 _____ 日 病名 ()
 その他 ()

今までにかかった病気や手術について

- ◎ 病気になったり、手術を受けたことがありますか? はい いいえ
- ◎ 婦人科の病気はどんな病気ですか?
 子宮筋腫 卵巣のう腫 子宮体がん 子宮頸がん 卵巣がん 子宮外妊娠
 妊娠高血圧症 カンジタ トリコモナス クラミジア その他 ()
- ◎ 婦人科以外の病気はどんな病気ですか?
病名 () () ()
- ◎ どんな手術を受けたことがありますか?
婦人科 () () ()
婦人科以外 () () ()
手術を受けた年月日または年齢 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
- ◎ 治療や手術中、手術後に何か問題はありましたか? なし あり ()
- ◎ 薬や注射に対するアレルギーや、その他のアレルギーはありますか?
 なし あり 薬の種類/アレルギーの種類 ()

ご記入お疲れさまでした。