

## 問診票（初診）

問A[こ]29.01.001

ID

(正確にご記入ください)

2017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 日生 |       | 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"/> ブライダルチェック      | <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）   | ( )                                     |                                  |

裏面へご記入してください

- ☐ 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

## ● 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)

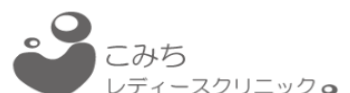
| 出産年月 | 妊娠・出産・産後の状態 | 病院名 | 出生児の体重・性別 | 現在の子の状態 |
|------|-------------|-----|-----------|---------|
| 年 月  | 正常・異常. 週    |     | g/男・女     | 健康・否    |
| 年 月  | 正常・異常. 週    |     | g/男・女     | 健康・否    |
| 年 月  | 正常・異常. 週    |     | g/男・女     | 健康・否    |
| 年 月  | 正常・異常. 週    |     | g/男・女     | 健康・否    |
| 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】29.01.001

ID \_\_\_\_\_ (正確にご記入ください) 2017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 ☐ クロミッド ☐ hMG ☐ hCG ☐ その他 ( )  
☐ 排卵誘発 ☐ スプレキュア ☐ リュープリン  
☐ 薬物療法 \_\_\_\_\_ 回 最終 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
☐ 人工授精 \_\_\_\_\_ 回 最終 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
☐ 体外受精 \_\_\_\_\_ 回 最終 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
☐ 顕微授精 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 病名 ( )  
☐ 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。