

# 問診票（初診）

問A【こ】30.01.001

ID \_\_\_\_\_

(正確にご記入ください)

2018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)   |   | ( )                              |

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)

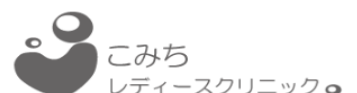
出産年月	妊娠・出産・産後の状態	病院名	出生児の体重・性別	現在の子の状態
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否

◎ 中絶回数 ( \_\_\_\_\_ 回) 流産回数 ( \_\_\_\_\_ 回) 子宮外妊娠回数 ( \_\_\_\_\_ 回) 胎状奇胎回数 ( \_\_\_\_\_ 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】30.01.001

ID \_\_\_\_\_

(正確にご記入ください)

2018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。