

問診票(初診)

問A【C】31.01.001

ID

(正確にご記入ください)

2019年 月 日

ふりがな	生年月日	()歳	血液型
氏名	大・昭・平	年 月 日生	A・B・AB・O RH +・-
住所	〒		
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

- 外陰部のかゆみ・いたみ・おりものが多い ブライダルチェック 不妊・不育相談
 痛みがある(下腹痛・性交痛・腰痛) 性病の検査 避妊相談
 出血 子宮がん検査 緊急避妊
 月経の異常(来ない・不順が強い・多い・少ない) 子宮頸がんワクチン希望 夫婦生活の相談
 月経移動 子宮筋腫・卵巣のう腫チェック その他のご相談
 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

→ 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

○ 今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

○ 輸血したことありますか? はい・いいえ

○ 薬・注射でのアレルギーありますか? はい・いいえ

○ ご家族に、以下の病気ありますか? (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がありますか? はい・いいえ

○ 心療内科・精神科への受診歴ありますか? はい・いいえ

○ 入墨ありますか? 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) 胚状奇胎回数(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

(正確にご記入ください)

問B【C】31.01.001

ID

2019年 月 日

○本日受診された理由

- 子供ができない
 妊娠しても流産してしまう(習慣性流産)

- 不妊検査希望
 他院からの紹介

- その他
()

○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
- ◎ 月経は何日間続りますか? _____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
 はい 頭痛 下腹部痛 腰痛 その他
- ◎ 月経痛はありますか? はい _____年 _____月 _____日から _____日間
- ◎ 一番最近の月経はいつでしたか? はい _____年 _____月 _____日 → 多い 少ない 長い 短い
 いつもと同じでしたか? いいえ _____年 _____月 _____日から _____日間 わからない
- ◎ その前の月経はいつでしたか? _____年 _____月 _____日から _____日間

○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 結婚 _____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
分娩 _____回 中絶 _____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?

- ◎ 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() 異常 なし あり _____
- ◎ 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 _____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、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。