

問診票（初診）

問A【こ】06.01.001

ID

（正確にご記入ください）

2024年 月 日

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

☒ マイナ保険証による情報取得に同意しますか？ ☐ はい ☐ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています
正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

☒ 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）	()	

☐ 排尿痛・頻尿などの膀胱炎症状 ☐ 妊娠している・妊娠の可能性がある

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)

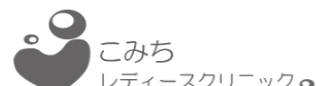
出産年月	妊娠・出産・産後の状態	病院名	出生児の体重・性別	現在の子の状態
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・異常. 週		g/男・女	健康・否

☒ 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】06.01.001

ID _____

(正確にご記入ください)

2024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。