

# 問診票（初診）

問A【こ】06.03.002

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	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

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  
 痛みがある(月経痛・下腹痛・性交痛)  
 出血  
 月経の異常(来ない・不順が強い・多い・少ない)  
 月経移動(避けたい日: / ~ / )  
 更年期障害(のぼせ・めまい・冷え・肩こり)

- プライダルチェック(①妊孕性精査)  
 プライダルチェック(②感染症チェック)  
 性病の検査  
 子宮がん検査  
 子宮頸がんワクチン希望  
 子宮筋腫・卵巣のう腫チェック

- 不妊・不育相談  
 避妊相談  
 緊急避妊  
 夫婦生活の相談  
 その他のご相談

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

これまで以下の病気にかかったことがありますか？

- ①糖尿病 ②悪性腫瘍 ③心臓病 ④喘息 ⑤甲状腺の病気 ⑥てんかん発作  
⑦婦人科疾患 ( ) ⑧その他疾患 ( )  
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 ④婦人科疾患 ( )  
番の続柄、番の続柄、番の続柄

1年以内に子宮頸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)

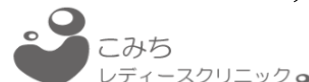
出産年月	妊娠・出産・産後の状態	病院名	出生児の体重・性別	現在の子の状態
年 月	正常・帝王切開. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・帝王切開. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・帝王切開. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・帝王切開. 週		g/男・女	健康・否
年 月	正常・帝王切開. 週		g/男・女	健康・否

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】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  
 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。