

問診票(初診)

(正確にご記入ください)

問A【C】08.01.001

ID

2026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
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)
- 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

- ブライダルチェック(①妊娠性精査)
- ブライダルチェック(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

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?

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

はい・いいえ

◎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?

(はいの方:)

◎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)

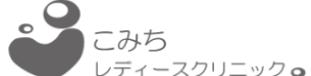
出産年月	妊娠・出産・産後の状態	病院名	出生児の体重・性別	現在の子の状態
年 月	正常・帝王切開.	週	g/男・女	健康・否
年 月	正常・帝王切開.	週	g/男・女	健康・否
年 月	正常・帝王切開.	週	g/男・女	健康・否
年 月	正常・帝王切開.	週	g/男・女	健康・否
年 月	正常・帝王切開.	週	g/男・女	健康・否

◎中絶回数 (回) 流産回数 (回) 子宮外妊娠回数 (回) 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【C】08.01.001

ID _____

(正確にご記入ください)

2026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
 はい _____ 日～ _____ 日型
 いいえ 早くて _____ 日、遅くて _____ 日
 _____ 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
 いいえ → 多い 少ない 長い 短い
 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 わからない

◎ 一番最近の月経はいつでしたか？
 はい 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

◎ いつもと同じでしたか？
 はい 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

◎ その前の月経はいつでしたか？
 はい 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 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 _____ 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？

◎ 検査 子宮卵管造影検査 异常 なし あり _____
 ホルモン検査 异常 なし あり _____
 ヒューナーテスト 异常 なし あり _____
 精液検査 异常 なし あり _____
 子宮鏡検査 异常 なし あり _____
 腹腔鏡検査 异常 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 _____ 歲
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歲
 ◎ 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。