

ID:

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	問診票	大正 / 昭和 / 平成
お名前				年 月 日 ()歳
ご住所	〒		電話	
			メール	
身長・体重・血液型・Rh型 _____ cm、_____ kg、_____ 型 Rh型()			ご職業	未婚 / 既婚 / 婚約中 / 同棲中

■本日はどのようなことで受診されましたか？

月経について相談したい (はい / いいえ)

症状をお選びください (月経不順 / 月経異常 / 月経痛 / 月経過多 / 月経前症候群 / その他)

不正性器出血はありますか？ (はい / いいえ)

尿について相談したい (はい / いいえ)

症状をお選びください (頻尿 / 尿漏れ / 排尿痛 / その他)

その他の症状で相談したい (はい / いいえ)

症状をお選びください (陰部のかゆみ / 腰が痛い / お腹が痛い / 熱がある / 更年期症状が辛い)

ピルの処方 (低用量ピル / モーニングピル / 月経移動)

妊娠/不妊/不育について相談したい (はい / いいえ)

内容をお選びください (妊娠判定 / 妊婦健診 / 不妊相談 / 不育相談 / その他)

妊婦健診について (はい / いいえ)

現在の妊娠週数()週 分娩予定日()年/)月/)日)

市販薬で確認されましたか (はい / いいえ)

妊娠を継続されたいですか (はい / いいえ)

その他気になる点ございましたらお書きください ()

■月経について教えてください

●初めて月経がきたのは ()才の時

●閉経*していますか?(*妊娠以外で月経が来なくなって1年以上経つ状態) いいえ・はい(最終月経:)才の時)

⇒「いいえ」とお答えの方も下記をご記入ください。

・いちばん最近の月経は)月)日 ~)日間

・月経期間をお聞かせください (3日間以下 / 4日間 / 5日間 / 6日間 / 7日間 / 8日以上)

・月経周期についてお聞かせください ()日ごと)

・月経量はいかがですか？ (少ない / 普通 / 多い)

・月経痛の程度をお聞かせください (なし / 少し / 薬を飲んでいる / 寝込んでしまう)

■未婚の方 セックスの経験はありますか？ ある・ない

※裏面にもご記入いただきますようお願い致します。

問診票

■妊娠のご経験はありますか？ (いいえ ・ はい 回)

●妊娠/分娩の回数を教えてください 妊娠(回) 出産(回・帝王切開 回)

●人工妊娠中絶のご経験のある方は回数をお答えください (回)

●流産のご経験はございますか？ () 記入例:自然流産2回

●異常妊娠のご経験はございますか？ () 記入例:子宮外妊娠1回 など

■子宮頸がん検診・乳がん検診をうけたことがありますか？

●子宮頸がん検診 ない ・ ある →いちばん最近受けたのは (年 月)、結果(正常 ・ 異常)

●乳がん検診 ない ・ ある →いちばん最近受けたのは (年 月)、結果(正常 ・ 異常)

■今までのご病気や体質について

●喫煙 (無 ・ 有 1日 本) ●飲酒 (無 ・ 有)

●食べ物のアレルギー (無 ・ 有) ●薬や注射のアレルギー (無 ・ 有 ;薬品名)

●その他のアレルギー (無 ・ 有 ;)

●今までかかった病気や治療中のご病気 (無 ・ 有)

可能な限り詳しくお書きください() 記入例: 帯状疱疹 ○歳～○歳

●ご家族やご親戚の方で病気になった方はおられますか？ (無 ・ 有)

可能な限り詳しくお書きください() 記入例: 父・高血圧 母・糖尿病

●(帝王切開以外の)手術を受けたことはありますか？ (無 ・ 有)→()才 手術の内容()

●輸血を受けたことがありますか？ (無 ・ 有)→()才 輸血理由()

●現在飲んでいるお薬(サプリメントを含む)はありますか？ (無 ・ 有)→()

■当院を受診されたきっかけをお聞かせください

ホームページをみて(スマホ ・ パソコン ・ タブレット) ・ 通りがかり ・ 知人から聞いて

その他()

■その他、何かご要望があればお書きください

※ご記入頂きまして、誠にありがとうございます。ご記入後は受付までお持ちくださいますようお願い致します。

※診察内容によって順番が前後することがあります。あらかじめご了承ください。

