

問診票

氏名 _____ 年齢 歳 職業 _____ 身長 cm 体重 kg
 携帯番号 _____ 電話番号 _____ 自宅・職場・その他 ()

1. 本日受診された理由は何ですか？（あてはまるところを○で囲んでください）

01. 妊娠の診察 ・妊娠している（市販の妊娠検査薬で 月 日陽性・他院で診断）
 ・妊娠かどうか分からない ・妊娠は継続しない
 ・分娩は当院を希望・他院()を希望
 02. 子供ができにくい（避妊解除期間 年）
 03. 月経不順 04. 月経痛 05. 不正性器出血 06. お腹が痛い
 07. 陰部のかゆみ 08. おりものについて 09. 子宮がん検診 10. 性病検査
 11. 子宮筋腫 ・ 卵巣嚢胞 ・ 子宮内膜症 12. 避妊の相談 13. 更年期症状
 14. 緊急避妊 15. 検診で要受診 16. その他 ()

2. あなたの家族で高血圧、糖尿病、肝臓病、がん、結核、梅毒、精神疾患などの方がおられますか？

いいえ () はい 病名 _____ あなたとの続柄 ()

3. あなたの月経について

- ・初めて月経があったのは、 歳 ・月経は毎回（順調・不調）
 ・月経の始まりから次の月経の始まりまでは、何日くらいですか？ 日くらい
 ・月経は何日くらい続きますか？ 日くらい
 ・月経の量は（少ない・普通・多い）
 ・月経痛はありますか？（ない・軽い・強い） 鎮痛薬を使用 薬剤名 _____
 ・一番最近の月経は 西暦 20 年 月 日 ~ 月 日
 ・閉経したのは、 歳

4. 最後に子宮頸がん検診を受けたのはいつですか
 乳がん検診を受けたのはいつですか

西暦 20 年 月 日
 西暦 20 年 月 日

5. 結婚について

- ・結婚している 西暦 年 月（初婚・再婚） ・していない ・する予定
 ・性交の経験はありますか？（はい・いいえ）

6. いままで妊娠・分娩について 分娩 (回) 流産 (回) 人工中絶 (回) 授乳中

	1回目	2回目	3回目	4回目
	年 月	年 月	年 月	年 月
分娩（性別・体重）	男・女 g	男・女 g	男・女 g	男・女 g
正常・帝切	正常・帝切	正常・帝切	正常・帝切	正常・帝切
病院・助産院名				

7. いままでにかかった病気や受けた手術、新型コロナウイルスワクチン接種について

病気：高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・肝炎・腎炎・貧血・甲状腺疾患・精神疾患・腹膜炎・結核
 子宮筋腫・卵巣嚢胞・子宮内膜症・子宮頸部異形成・性病・虫垂炎・その他 ()
 (年 月 日 医療機関名：)
 手術：病名 ()、術式 ()
 (年 月 日 医療機関名：)
 新型コロナウイルスワクチン接種：1回目 20 年 月 日 2回目 20 年 月 日

8. 現在治療している病気がありますか？

病名： _____
 内服中の薬： _____

9. アレルギー、喫煙について

アレルギー：ない ある →薬剤：ピリン ・ペニシリン・ヨード ・その他 ()
 →食物 ()
 喫煙：なし あり (1日 本)