

の所は必ずご記入をお願いいたします。

問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ *フリガナは左づめでご記入ください

*濁点は1マス使って記入してください
*姓と名の間は1マスあけてください

名前 () 歳

生年月日： T・S・H 年 月 日

〒 - 住所

電話番号 (携帯) (自宅)

身長： cm 体重： kg 血圧： /

職業：

★今日はどうされましたか ✓をつけてください

- | | | | | |
|--|------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 月経がない | <input type="checkbox"/> 月経痛 | <input type="checkbox"/> 月経不順 | <input type="checkbox"/> 月経以外の出血がある | <input type="checkbox"/> 月経前症候群 (PMS の相談) |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> お腹に違和感がある | | <input type="checkbox"/> おりものが多い | <input type="checkbox"/> かゆみがある |
| <input type="checkbox"/> しこり・できもの (部位：) | <input type="checkbox"/> 排尿時に痛み | | <input type="checkbox"/> ピルの処方 (<input type="checkbox"/> 緊急避妊 <input type="checkbox"/> 日常的に服用) | <input type="checkbox"/> 月経移動 |
| <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 | <input type="checkbox"/> プライダルチェック | | <input type="checkbox"/> 不妊治療希望 (治療歴 ある なし) | <input type="checkbox"/> ぷち妊活 () |
| <input type="checkbox"/> 更年期の相談 (イライラする、多汗、だるいなど) | | | <input type="checkbox"/> 見つかった病気の定期検診 病名 () | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか… <input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査をした (陽性・陰性) | | 検査日： 月 日 → (出産予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定) | | |
| <input type="checkbox"/> 健康診断後の再検査 (病名：) | | <input type="checkbox"/> その他 () | | |

★子宮がん健診 (子宮頸がん検査) を受けたことがありますか ※「はい」の方は、健診日と結果をお教えください

はい 最終健診日 年 月 (検査結果：正常・異常・不明) いいえ

★既往歴 下記の病気に今までにかかったことがある場合は✓をつけてください。

- | | | | | | | |
|---|--|---|------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> がん | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 心の病気 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 |
| <input type="checkbox"/> 脳の病気 | <input type="checkbox"/> 肺の病気 (喘息・その他) | <input type="checkbox"/> 膠原病などの免疫異常による病気 | | <input type="checkbox"/> 婦人科病患 病名 () | | |
| <input type="checkbox"/> 喫煙： 本/日、 年間くらい | | <input type="checkbox"/> 飲酒： を ml くらい (毎日・ときどき) | | | | |

★その他大きな病気をしたことはありますか? …はい いいえ (※「はい」の方は下記のご記入をお願いします。)

年齢	病名	手術をしましたか?	手術内容
		はい	・ いいえ
		はい	・ いいえ

★ご家族で大きな病気にかかった方はいらっしゃいますか? (高血圧、糖尿病など) …はい いいえ ※「はい」の方は記入をお願いします。 (ご自身の祖父母、両親、兄弟姉妹)

続柄	病名	続柄	病名
続柄	病名	続柄	病名

★今飲んでいるお薬はありますか? はい いいえ ※「はい」の方は下記のご記入をお願いします。

() お薬手帳を…
持っている
持っていない

★アレルギー ある ない ※「ある」の方は下記項目にまるをつけてください。

薬剤・ 麻酔・ 造影剤・ アルコール・ ヨード (イソジン)・ ラテックス・ 金属・ 食べ物・ その他

(→具体的に… 薬剤名、食品名など)

★今までに性交渉の経験はありますか? ある ない

・最終月経： 月 日から 日間	☆月経歴…初潮 歳 閉経 歲
・月経周期： 日 (順 · 不順)	・月経量： 少 · 中 · 多 · 月経痛： なし · 弱 · 強

★妊娠・分娩歴	妊娠回	分娩回数回	自然流産回	人工中絶回	□未婚	□既婚	□結婚予定
出産日	分娩週数	出生体重 g	性別 男・女	分娩方式 経腔分娩 · 帝王切開			出産病院名
年 月 日	週	g	男・女	経腔分娩 · 帝王切開			
年 月 日	週	g	男・女	経腔分娩 · 帝王切開			
年 月 日	週	g	男・女	経腔分娩 · 帝王切開			
年 月 日	週	g	男・女	経腔分娩 · 帝王切開			

☆その他、気になることがありましたらご記入ください。