

問 診 票

ふりがな： 氏名：	職業：	生年月日： _____ 歳 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
〒 (-) 住所：		身長： _____ cm 体重： _____ kg
※電話番号は緊急連絡先まで記入して下さい。		
本人の携帯： - -	自宅： - -	
緊急連絡先： - -	本人との続柄 () / 氏名 ()	

以下の質問にお答えください (あてはまる項目に☑、必要事項を記入してください)

【1】本日はどのようなことで来院されましたか？

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 妊娠の診察
市販妊娠テストは (陽性 (月 日) ・していない)
妊娠確定後は (分娩希望 (当院・他院) ・中絶希望・検討中)
今回の妊娠は (自然妊娠・排卵誘発・人工授精・体外受精) | <input type="checkbox"/> おりものが気になる
(量 多い/少ない ・ 色 ・ 臭い) |
| <input type="checkbox"/> 月経の異常
出血がとまらない・出血量が多い・出血量が少ない
月経不順・月経が止まった・月経が1ヶ月に2回以上ある
生理痛が強い・月経前の症状 () がつらい | <input type="checkbox"/> 外陰部や膣のかゆみ・できもの
<input type="checkbox"/> 尿が近い・残尿感
<input type="checkbox"/> ガン検診 (受診券 あり・なし)
<input type="checkbox"/> 避妊の相談
<input type="checkbox"/> 緊急避妊ピル
(性交日時 / 、 時 分頃) |
| <input type="checkbox"/> 不妊の相談
これまで不妊治療を受けたことは (ある () ・ない) | <input type="checkbox"/> 月経をずらしたい
(なりたくない期間 / ~ /) |
| <input type="checkbox"/> 更年期症状 () がつらい | <input type="checkbox"/> 4Dエコー
(出産予定日 / / 、 週目) |
| <input type="checkbox"/> 生理以外の出血がある | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 下腹部痛・腰痛 | <input type="checkbox"/> 性交渉の経験はない () |
| <input type="checkbox"/> 子宮筋腫・卵巣腫瘍 | |

【2】月経について

- 初潮は _____ 歳 閉経は _____ 歳
- 最終月経は _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 日間
- 周期は 規則的 (~ 日周期) ・ 不規則 (~ 日周期)
- 月経痛は ない ある (軽度 ・ 中等度 ・ 高度)
- 月経痛以外の症状は ない ある (頭痛・腰痛・吐き気や嘔吐・だるい(眠い)・イライラ・その他)
- 月経量は (少量 ・ 普通 ・ 多量 ・ 出血時にドロツとした固まりが多く出る)

【3】結婚・妊娠・出産について (初診の方は必須)

- 現在の婚姻状況は？ 未婚 (離婚: あり) 既婚 (歳時) 入籍予定 (月頃)
- 妊娠の既往はありますか？ 今回が初めて * 既往がある方は以下にご記入ください。

(西暦) 年月日	妊娠週数	お子さんの状況			分娩の状況	妊娠の状況	施設名
		体重	性別	健否			
. .	週	g	男 女	健 否	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産 (自然・人工) <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
. .	週	g	男 女	健 否	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産 (自然・人工) <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
. .	週	g	男 女	健 否	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産 (自然・人工) <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
. .	週	g	男 女	健 否	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産 (自然・人工) <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
. .	週	g	男 女	健 否	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産 (自然・人工) <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
. .	週	g	男 女	健 否	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産 (自然・人工) <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	

※ 早産、妊娠高血圧症候群、胎盤早期剥離、HELLP症候群、分娩時大量出血、肩甲難産、新生児仮死、B群溶血性連鎖球菌 などがあつた場合、分娩の状況の空白スペースにお書きください。

【4】既往歴について

1. 現在、治療中の病気はありますか？ なし あり（病名： _____ ）
2. 現在、内服中の薬はありますか？ なし あり（薬名： _____ ）
3. 禁忌薬はありますか？ なし あり（薬名： _____ ）
4. 今までに指摘された病気はありますか？ ※項目の下部スペースに詳細をお書きください
（例：通院治療中、○○服用中、△△術後 etc.）

子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣腫瘍 喘息 アスピリン喘息

高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 甲状腺疾患 肝疾患 自己免疫疾患

てんかん 精神疾患 血液疾患 アレルギー 輸血歴 その他（病名： _____ ）

5. これまでに受けた手術があれば記入して下さい。

年齢	病名	手術名	病院名	輸血
歳				有・無
歳				有・無
歳				有・無

6. ご自分の両親、兄弟姉妹に以下に該当する方がいますか？ なし

高血圧 糖尿病 精神疾患 その他の遺伝性疾患（病名： _____ ）

7. 過去3ヶ月以内にあてはまる事がありますか？ なし

発熱 発疹 頸部リンパ節の腫れ 風疹患者との接触 児童との接触が多い環境・職場にいる