

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
妊娠テスト <input type="checkbox"/> した (+/-) <input type="checkbox"/> していない
今回の妊娠は <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 排卵誘発 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精
今後は <input type="checkbox"/> 中絶希望
<input type="checkbox"/> 健診のみ（他院分娩）希望
<input type="checkbox"/> 分娩 <input type="checkbox"/> なないろ L.C. <input type="checkbox"/> 希望
<input type="checkbox"/> もあ B.C.
<input type="checkbox"/> 迷い中 | <input type="checkbox"/> おりものが気になる
（量 多い/少ない ・ 色 ・ 臭い）

<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"/> 月経をずらしたい
（なりたくない期間 / ~ / ）

<input type="checkbox"/> 4D エコー
（出産予定日 / / 、 週目）

<input type="checkbox"/> その他（ ）

<input type="checkbox"/> 性交渉の経験はない) |
| <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（ ）が辛い | |
| <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"/> 更年期症状（ ）が辛い | |
| <input type="checkbox"/> 生理以外の出血がある | |
| <input type="checkbox"/> 下腹部痛・腰痛 | |
| <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）

1. 現在の婚姻状況は？ 未婚（離婚：あり） 既婚（ 歳時） 入籍予定（ 月頃）
 2. 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 などがあった場合、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、〇〇服用中、△△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はありますか？ 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