

【問診票】

ふりがな						※妊娠の可能性のある方は 妊娠前体重をご記入下さい。	
氏名	様 () 才					k g	
身長	cm	体重	k g	血液型 (Rh)	型 ()	職業	
自宅連絡先	家族連絡先					左記の方続柄	

【1】本日はどのようなことで来院されましたか？ ※ □に✓し、その項目について詳しくお答えください

＜妊娠について＞

妊娠の診察

市販の妊娠テスト（陽性 月 日 ・ してない）

不妊治療の有無：なし・あり（病院名： ）

妊娠確定後は：（分娩希望・検討中）

当院で分娩を希望されますか（はい・いいえ・検討中）

里帰り分娩希望 出産予定日 年 月 日

現在通院中の病院：

現在のお住まい（例：〇〇県〇〇市）：

里帰り先（例：印西市 原）：

＜婦人科症状＞

月経異常 生理以外の出血 更年期症状 おりもの・かゆみ

いつからの症状ですか（ ）

どのような症状ですか（ ）

＜その他＞

拳児希望 避妊をしていなかった期間：（ 年 カ月くらい ）

不妊治療の有無：なし・あり（病院名： ）

他院・検診等で指摘された（診断内容： ）

がんが心配（子宮・卵巣）

月経移動 ⇒（生理になりたくない期間： / ~ / 移動理由： ）

緊急避妊ピル希望 ⇒（性交日時： 月 日 午前・午後 時 分頃）

セカンドオピニオンの希望（診断名： 通院中の病院： ）

禁煙外来

その他（ ）

【2】生理の状況についてお伺いします。

1. 初潮は 才 閉経は 才

2. 性交（セックス）経験はありますか？ はい・いいえ

※いいえと答えられた方 ⇒ 本日内診を受けられますか？（必要なら受ける・受けない・相談して決める）

3. 月経周期：（ ）日周期 ・ 不順

4. 生理痛： ない ・ 軽い ・ ひどい

5. 月経量： 多い ・ 少ない ・ ふつう

6. 最近の月経はいつでしたか？（ 年 月 日から 日間）

【3】子宮がん検診を最後に受けられた日を教えてください。

受けたことが ない ・ ある（西暦 年 月 日）

【4】子宮頸がんワクチンを接種しましたか？

いいえ・はい ⇒ [はい]の場合は、ワクチンの種類・接種回数・接種年齢を教えてください。

種類（サーバリックス／ガーダシル／シルガード 9／不明） ※不明の場合は次回受診時にお申し出ください。

回数（1・2・3） 年齢（ 才）

【5】結婚についてお伺いします。

している（ 才 → 離婚 才、再婚 才） ・ していない（今後結婚の予定が ある・ない）

【6】夫（パートナー）について ※出産を希望される方はご記入ください

年齢 才 職業（ ） 身長 cm 体重 kg （太め・ふつう・細め）
タバコ（吸わない・吸う）

【7】妊娠・出産歴についてお伺いします。

1. 妊娠歴 なし・あり（ ）回 そのうち、分娩回数（ ）回・自然流産（ ）回・人工中絶（ ）回

2. 出産歴

出産時の ご年齢	分娩年月 (※西 暦)	週数	赤ちゃんを 産んだ病院名	分娩様式 ○を付けてください	性別	出生体重	
才	年 月 日	週		普通・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急)	男・女	g	健・否・死産
才	年 月 日	週		普通・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急)	男・女	g	健・否・死産
才	年 月 日	週		普通・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急)	男・女	g	健・否・死産
才	年 月 日	週		普通・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急)	男・女	g	健・否・死産
才	年 月 日	週		普通・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急)	男・女	g	健・否・死産

3. 妊娠糖尿病の既往はありますか なし ・ あり

【8】健康状態についてお伺いします。

1. これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか？ □に✓をし、()内に病名をお書きください。

- 特になし □ 腎臓 () □ 甲状腺 ()
- 高血圧 □ 肝臓 () □ 肺 ()
- 糖尿病 □ 心臓 () □ 血液 ()
- 高脂血症 □ 脳 () □ 性感染症 ()
- メンタル () □ 婦人科 () □ その他 ()

2. 現在内服中の薬はありますか？

いいえ ・ はい（薬剤名： 病名： 病院名：)

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください

3. 手術の経験はありますか？

いいえ ・ はい（病名： 病院： 年齢： 才）

【9】習慣・体質についてお伺いします。

1. タバコ（吸わない・吸う 本/日）

2. 飲酒（飲まない・飲む ml程度/日・週・月）

3. 抗生物質のアレルギーはありますか？ なし ・ あり（薬品名： 症状：)

4. その他アレルギー体質はありますか？

なし ・ あり ⇒ □薬・注射（薬剤名： 症状：)
□食品（食品名：)
□花粉症・アレルギー性鼻炎 □アトピー性皮膚炎
□金属 () □ゴム製品 □その他 ()

5. 喘息と診断されたことはありますか？ なし ・ あり（最後の発作はいつですか？： 年 月頃）

【10】家族病歴

実父母・実祖父母に糖尿病・高血圧・その他の既往の方はいらっしゃいますか？

いない ・ いる ⇒ ()が（糖尿病 ・ 高血圧 ・ その他：)
()が（糖尿病 ・ 高血圧 ・ その他：)

個人情報の利用目的について

ご提供いただく個人情報の管理について、個人情報の保護に関する法律に従い、目的の範囲内で適切な取扱いと保護に努めます。別紙の「患者様の個人情報の保護について」をお読みになり、□に✓印をつけてください。また、同意を頂いた後でも、いつでも撤回・変更する事ができます。

□同意します

□同意しません