

来院日： 年 月 日

## 問 診 票

フリガナ 氏 名		生年月日	(S・H) 年 月 日
住 所	〒 - -		
連絡先	自宅 ( - - ) / 携帯電話 ( - - )		

### ①本日はどのようなことで来院されましたか？（あてはまるものにチェックしてください）

- 妊娠の検査 【市販薬の検査は行いましたか？】 (はい・いいえ)  
 妊娠中（妊婦健診）  子宮がん検診希望  避妊相談  かゆみ  おりもの異常  
 月経相談・いつもと違う出血  更年期  下腹部痛  排尿障害  
 他院からの紹介（紹介元： \_\_\_\_\_）  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

### ②月経について

- ・一番最近の月経はいつからですか？： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 または閉経 \_\_\_\_\_ 歳  
・初めて月経がはじまったのは： \_\_\_\_\_ 歳から  
・月経は順調に來ますか？： いいえ ・ はい  
「はい」とお答えの方は ( \_\_\_\_\_ ) 日周期 「いいえ」とお答えの方は ( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ ) 日周期  
・月経痛はありますか？： なし・軽い・ふつう・ひどい・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
・月経量： 少ない・ふつう・多い・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
・性経験はありますか？： いいえ ・ はい

### ③婚姻について

- ・結婚： 未婚・既婚 ( \_\_\_\_\_ ) 歳の時

### ④アレルギーについて

- ・薬剤アレルギー： なし・あり ( \_\_\_\_\_ ) / 食物アレルギー： なし・あり ( \_\_\_\_\_ )  
・アルコール綿かぶれ： なし・あり / テープかぶれ： なし・あり  
・現在服用中のお薬： なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

### ⑤過去の妊娠・分娩について

- ・以前、妊娠されたことはありますか？： 妊娠 ( \_\_\_\_\_ ) 回 / 分娩 ( \_\_\_\_\_ ) 回 / 流産 ( \_\_\_\_\_ ) 回 / 中絶 ( \_\_\_\_\_ ) 回  
・分娩経験がある場合、いつ分娩されましたか？

年 / 月 / 日 (週数)	体重	性別	分娩方法	分娩施設
	g	男・女	自然分娩・帝王切開 (選択・緊急)	
	g	男・女	自然分娩・帝王切開 (選択・緊急)	
	g	男・女	自然分娩・帝王切開 (選択・緊急)	
	g	男・女	自然分娩・帝王切開 (選択・緊急)	
	g	男・女	自然分娩・帝王切開 (選択・緊急)	

### ⑥これまでの病気について、該当するものがあればチェックしてください。

- 性病  心臓病  腎臓病  糖尿病  高血圧  肝炎  甲状腺疾患  
 遺伝的疾患  喘息  手術歴  自己免疫疾患  脳梗塞  脳内出血  てんかん  
 血液疾患  悪性疾患  血栓症  精神疾患  婦人科疾患  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

### ⑦ご家族の病気について、該当するものがあればチェックしてください。

- 高血圧  糖尿病  癌  その他 ( \_\_\_\_\_ )