

問診票 効果的で安全な診療のために、できるだけ詳しく正確にご記入ください

氏名 (ふりがな) 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日生 (歳)

〒 - 住所

Tel: - - 携帯: - -

ご職業 勤務地 勤務時間

休日 (土日・シフト制・) 身長 cm 体重 kg 宗教 (輸血:可・否)

1) 今回来院された理由
 不妊 不育 妊娠 月経痛がひどい 月経不順 無月経 出血 腹痛 腰痛 性交痛
 外陰部かゆみ 外陰部痛 おりものが多い できものがある 残尿感 排尿痛 排便痛 性感染症
 子宮内膜症 卵巣腫瘍 子宮筋腫 がん検診 月経移動 更年期 ピル希望 避妊相談 中絶希望
 緊急避妊 手術相談 セカンドオピニオン トキソプラズマ サイトメガロ その他()

2) ご家族について
 夫の年齢 歳 (健在・死去) 実父 歳 (健在・死去・高血圧・糖尿病・()が
 子供 人 実母 歳 (健在・死去・高血圧・糖尿病・()が)

3) 月経について
 初めての月経(初潮) 歳 月経がとまった(閉経) 歳
 月経は(順調・不順) 周期(月経の始まった日から次の月経の前日までの日数) 日 持続期間 日
 月経の量(多い(かたまりが出る)・普通・少ない) 月経痛(無・有【下腹部痛・腰痛・その他
 鎮痛薬の服用(無・有【薬剤名
 一番最近の月経 年 月 日より 日間 その前の月経 月 日より 日間
 2回前の月経 月 日より 日間

4) 結婚について
 既婚(歳【西暦 年 月】) 離婚【西暦 年 月】 再婚【西暦 年 月】
 未婚(性交経験【あり・なし】)

5) 今までの妊娠及び出産について
 妊娠は全部で 回 そのうち 分娩 回(正常分娩 回・異常分娩 回)
 自然流産 回 人工妊娠中絶 回 その他【子宮外妊娠・胞状奇胎】

妊娠 出産 暦	週数	流産 死産 自然分娩 帝王切開 中絶 子宮外妊娠	病院名
① 年 月	週	流産 死産 自然分娩 帝王切開 中絶 子宮外妊娠	
② 年 月	週	流産 死産 自然分娩 帝王切開 中絶 子宮外妊娠	
③ 年 月	週	流産 死産 自然分娩 帝王切開 中絶 子宮外妊娠	
④ 年 月	週	流産 死産 自然分娩 帝王切開 中絶 子宮外妊娠	
⑤ 年 月	週	流産 死産 自然分娩 帝王切開 中絶 子宮外妊娠	

6) 最近服用した薬剤について
 無・有【種類(薬剤名) 服用期間 月 日 ~ 月 日】

7) 持病や今までにかかった病気について
 無・有【○をつけて()に発病時期や治療内容など詳細を記入してください】
 喘息() 糖尿病() 高血圧() 膠原病() 心臓病()
 胃腸病() 腎臓病() 肝臓病() 甲状腺() 精神疾患()
 脳脊髄疾患() 内分泌疾患() 性病() 結核()
 その他() 輸血を受けたこと(無・有【 年 月】)
 受けた手術 ① (年 月:病院名)
 ② (年 月:病院名)

8) アレルギーについて(重要:少しでも症状があれば記載してください)
 無・有【○をつけて()に薬剤名・食品名・症状など詳細を記入してください】
 薬剤() 造影剤() 花粉・ハウスダスト()
 果物() その他の食品() ゴム製品など() その他()