

問診票

年 月 日

フリガナ		西暦	身長	体重（妊娠前）
氏名	生年月日	年 月 日 (才)	cm	kg
住所	〒 -			
電話番号	自宅 () - -	緊急連絡先	続柄： 氏名：	
	携帯 () - -		() - -	
メールアドレス		結婚していますか？	既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定	

緊急のご連絡やクリニック、ホスピタルの情報をお知らせいたします。 記入のご協力をお願いいたします。

【1】本日来院された理由を○で囲んで下さい。

妊娠（市販の検査薬にて 陽性 月 日 ・ 陰性 ・ 使用未 ・ 他院にて診断）
分娩希望（当院 ・ 他院（病院名： ） ・ 未定）
無痛分娩（希望 ・ 希望しない ・ 未定） ・ 中絶（希望 ・ 迷い中）
不妊治療（検査）の相談 ・ 月経痛 ・ 月経不順 ・ 月経量が多い、止まらない ・ 月経が来ない ・ 不正出血 ・ 下腹部痛
おりもの異常（量 ・ 性状 ・ におい ・ その他） ・ 外陰部の異常（かゆみ ・ 痛み ・ できもの ・ その他） ・ 性感染症検査
更年期障害 ・ 子宮がん検診 ・ 乳がん検診 ・ 子宮筋腫/卵巣嚢腫のチェック ・ 健康診断で異常を指摘された
月経をずらしたい（ 月 日 ~ 月 日の間を避けたい） ・ 避妊の相談（ピル ・ アフターピル ・ その他）
その他（ ）

● 具体的な症状や、ご質問などある方は、ご記入下さい。

--

● マイナ保険証を使用する場合、マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか？

はい ・ いいえ

● 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

あり ・ なし

【2】普段の生理についてお聞かせ下さい。

- 一番最近の月経はいつでしたか？（西暦 年 月 日より 日間）
- いつもと同じ量でしたか？（はい ・ いいえ）
- 何日ごとにきますか？（月経周期）（ ）日 ~ （ ）日
- 初潮はいつでしたか？（ 歳頃）
- 閉経はいつでしたか？（ 歳頃）

【3】性交渉（セックス）の経験はありますか？

はい ・ いいえ

【4】過去の妊娠についてお聞かせ下さい。

- 分娩（ ）回 ・ 流産（ ）回（妊娠 週） ・ 中絶（ ）回
- その他（異所性妊娠、胎状奇胎など）（ ）回

【分娩内容】

分娩年月 (西暦で記入)	出生体重	性別	健康	分娩方法	帝王切開の理由	週数	病院名
年 月	g	男 ・ 女	健 ・ 否	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開（予定 ・ 緊急）		週	
年 月	g	男 ・ 女	健 ・ 否	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開（予定 ・ 緊急）		週	
年 月	g	男 ・ 女	健 ・ 否	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開（予定 ・ 緊急）		週	
年 月	g	男 ・ 女	健 ・ 否	正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開（予定 ・ 緊急）		週	

【5】現在、授乳はされていますか？

はい ・ いいえ

*裏面もご記入をお願いします。

① 2年以内に子宮頸がん・子宮がん検診を受けましたか？	いいえ・はい	西暦	年	月頃
② 子宮頸がんワクチンを接種しましたか？	いいえ・はい	西暦	年	月頃
③ 基礎体温をつけていますか？	いいえ・はい			
④-1 不妊治療（検査）の相談の方はお聞かせ下さい。 ・避妊の期間はどのくらいありましたか？		（結婚：西暦 年 月） 西暦 年 月頃 ～ 年 月頃		
④-2 積極的に妊娠をお考えになられたのはいつからですか？		西暦 年 月頃		
⑤ 現在、他院にて診察を受けていますか？	いいえ・はい	病院名： 診断名：		
⑥ 現在服用中の薬はありますか？	いいえ・はい	薬剤名		
⑦ 食品・薬剤・金属・ラテックス(天然ゴム)など、アレルギーはありますか？	いいえ・はい	食品・薬剤・金属・ラテックス(天然ゴム) 食品名/薬剤名： 症状：		
⑧ 喘息はありますか？	いいえ・はい	最終発作：西暦 年 月頃		
⑨ 同居のご家族の中にB型肝炎感染者（キャリア）の方はいらっしゃいますか？	いいえ・はい	続柄：		
⑩ 今までに婦人科系の病気を指摘された事がありますか？	いいえ・はい	診断名：		
⑪ 今までに大きな病気や、手術をした事がありますか？	いいえ・はい	診断名： 手術名：		
⑫ 今までに精神科・心療内科・カウンセリング等を受診されたり、内服治療をされたことがありますか？	いいえ・はい	診断名：		
⑬ この1年間に特定検診を受けたことはありますか？	いいえ・はい	西暦 年 月頃		
⑭ 血縁者で子宮癌、卵巣癌、乳癌の方はみえますか？	いいえ・はい	続柄： 診断名：		
⑮ ⑭の他に、血縁者で病気の方はみえますか？ ※ 糖尿病、高血圧症、血栓症など。	いいえ・はい	続柄： 診断名：		
⑯ 喫煙についてお聞かせ下さい。	吸っていない 吸っている（ 禁煙した（西暦	本/日） 年	月頃から）	
⑰ 現在の飲酒についてお聞かせ下さい。	飲まない・週に（	回）	量（	ml・合）種類（
⑱ 働いておられますか？	いいえ・はい	職業：		
⑲ ご主人（パートナー）についてお聞かせ下さい。 （※差し支えなければご記入下さい）	・氏名： ・連絡先： ・職業：	年齢： 歳		

* ご記入ありがとうございました。受付までお持ち下さいますようお願い致します。

* 当院は、マイナ保険証を通じた患者様の診療情報を取得・活用して、質の高い医療の提供に努めております。（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。）
正確な情報の取得・活用のためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

* 診察の内容によって順番が前後することがございますが、ご了承下さいませ。

* 診察の順番になりましたら、アナウンスにてお呼び出し致します。しばらくお待ち下さいませ。