

記入日 年 月 日

## 問 診 票

※裏面も記入してください

空欄・カッコ内に○印または詳しくご記入後、血圧・体重測定用紙と一緒に産婦人科カウンターにお渡しください。

ふりがな  
・ 氏名 : \_\_\_\_\_ ・ 年齢 : \_\_\_\_\_ 歳 ・ 職業 : \_\_\_\_\_

・ 身長 : \_\_\_\_\_ cm ・ 体重 : \_\_\_\_\_ kg (非妊時) ・ 血液型 : \_\_\_\_\_ 型 Rh [ \_\_\_\_\_ ]

・ 緊急連絡先 (配偶者・親・親族)

ふりがな  
氏名 : \_\_\_\_\_ [ 続柄 \_\_\_\_\_ ] 電話番号 : \_\_\_\_\_

● 本日の受診目的について、該当する番号全てに○をつけ、必要な項目にご記入ください。

紹介状はありますか【無・有】 健診結果報告書はありますか【無・有】

①妊娠の確認→市販検査薬で【陽性(検査日: \_\_\_月 \_\_\_日)・陰性(検査日: \_\_\_月 \_\_\_日)・していない】

・他の病院で妊娠を確認しましたか【はい・いいえ】 はいの場合 → 出産予定日 [ \_\_\_ / \_\_\_ ・ 未定 ]

・不妊治療後の妊娠ですか【はい・いいえ】

・妊娠している場合【分娩する〔当院・他院・未定〕・分娩するか悩んでいる・中絶希望】

②がん検診 ③生理をずらしたい ④緊急避妊 ⑤ブライダルチェック ⑥ピル希望

⑦おるもの ⑧かゆみ ⑨不正出血 ⑩腹痛 ⑪生理痛

⑫月経周期の異常 ⑬更年期障害の可能性 ⑭性感染症 ⑮膀胱炎症状

⑯定期検診 ⑰ワクチン接種(希望ワクチン: \_\_\_\_\_ )

⑯その他( \_\_\_\_\_ )

それは、いつからどのような症状が始まりましたか。 その他心配なことはありますか。

[ \_\_\_\_\_ ]

● 月経について 初潮【\_\_\_\_】歳 閉経【\_\_\_\_】歳

月経周期【順調・不調】[\_\_\_\_~\_\_\_\_]日型 持続日数【\_\_\_\_】日間

(不順の場合は、短い時~長い時をご記入ください)

月経量【少ない・普通・多い・塊ができる】

月経痛【無・軽い・強い】 鎮痛剤の使用【無・有】

最近の月経【\_\_\_\_月\_\_\_\_日~\_\_\_\_日間】 量【少ない・普段と同じ・多い】

● セックス(性行為)の経験【無・有】 ※診察方法が違いますので必ず記入してください

● 結婚について【未婚・既婚・離別・死別】

未婚の場合、入籍予定【無・有・未定】 既婚の場合【初婚・再婚】 血族結婚【無・有】

● 夫(パートナー)について【\_\_\_\_】歳 血液型【\_\_\_\_型・Rh\_\_\_\_】

● 妊娠(今回の妊娠も含む)・出産回数について

全ての妊娠【\_\_\_\_】回 分娩【\_\_\_\_】回 流産【\_\_\_\_】回 中絶【\_\_\_\_】回

死産【\_\_\_\_】回 → 妊娠[\_\_\_\_]週の時 子宮外妊娠【\_\_\_\_】回 胞状奇胎【\_\_\_\_】回

	分娩年月日(西暦で)	分娩週数	分娩様式 (○をつけてください)	児の体重	健康状態	性別	分娩施設	妊娠中・出産時の特記
1	年 月 日	週	普通・吸引・鉗子・帝王切開	g	健 否	男 女	当院 他院	
2	年 月 日	週	普通・吸引・鉗子・帝王切開	g	健 否	男 女	当院 他院	
3	年 月 日	週	普通・吸引・鉗子・帝王切開	g	健 否	男 女	当院 他院	
4	年 月 日	週	普通・吸引・鉗子・帝王切開	g	健 否	男 女	当院 他院	

●これまでの病気・手術についてご記入ください

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【無・有】

有の場合 → 高血圧・糖尿病・高脂血症・腎臓疾患・肝疾患・心臓疾患・脳血管疾患  
甲状腺疾患・肺疾患・血液疾患

その他 ( )

2. 精神的な病気はありますか【無・有】

有の場合 → パニック障害・うつ病・自律神経失調症・統合失調症・摂食障害・不安障害

その他 ( )

3. 産婦人科的な病気はありますか【無・有】

有の場合 → 子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・月経前症候群

性器ヘルペス・クラミジア

その他 ( )

●現在内服中の薬はありますか【無・有】 お薬手帳持参【無・有】

内服中の薬がある場合、

薬剤名 [ ]

内服開始時期 [ ] 病院名 [ ]

●これまでに受けた手術（流産・帝王切開以外の手術）について

手術年月（ ）歳	病名・手術の名称	麻酔での異常	輸血の有無及び異常
例) 2019年5月(27歳)	子宮筋腫・子宮筋腫核出術	無・有( )	無(有)異常なし( )
		無・有( )	無・有( )
		無・有( )	無・有( )
		無・有( )	無・有( )

●アレルギー／アレルギー疾患はありますか 有の場合 → 該当項目に○を記入してください

・薬剤 [薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ ] [薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ ]

・造影剤 [薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ ] [薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ ]

・食物 [食物名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ ] [食物名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ ]

・喘息（小児喘息を含む）[最終発作: \_\_\_\_\_ 歳 使用薬剤: \_\_\_\_\_ ]

・アトピー性皮膚炎 ・鼻炎 ・花粉症 ・ゴム製品 ・金属製品

・その他 ( \_\_\_\_\_ )

●嗜好品について

アルコール【飲まない・飲む】 飲む場合 → 1日 \_\_\_\_\_ 合程度 [毎日・週 \_\_\_\_\_ 回程度]

※清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、ウィスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

タバコ【吸わない・吸う】 吸う場合 → \_\_\_\_\_ 歳～1日約 \_\_\_\_\_ 本 ・ やめた → \_\_\_\_\_ 歳迄 1日約 \_\_\_\_\_ 本

●ご家族（血縁の方：父・母・兄弟・姉妹・祖父母）にご病気の方はおられますか【無・有】

有の場合 → 高血圧[続柄: \_\_\_\_\_ ] 糖尿病[続柄: \_\_\_\_\_ ] 結核[続柄: \_\_\_\_\_ ]

癌[続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ ] [続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ ]

その他 ( )

●診療医師の希望はありますか【無・有】

有の場合 → \_\_\_\_\_ 医師 ・ 女性医師

※女性医師希望の場合、かなりの待ち時間となる事をご了承下さい。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

【医療情報取得加算】 <初診時> 1点

<再診時> 1点 (3月に1回)