

問診票

受診日 年 月 日

基本情報についてお答えください

ふりがな	生年月日	西暦	年	月	日
氏名	(才)				
現住所 〒	住民登録地 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ				
電話番号	職業	緊急連絡先		続柄	
身長 cm	体重 kg	BMI (こちらで計算します)			
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々				
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：1日 本				
紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
子宮がん検診受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：最終受診日 年 月 (異常なし・精密検査)				
結婚歴	<input type="checkbox"/> 既婚 (結婚した日 年 月・年齢 才) <input type="checkbox"/> 未婚				
性交渉の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

今までの病気についてお答えください 無

高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 甲状腺疾患 肝炎 自己免疫性疾患 脳梗塞
脳内出血 てんかん 精神疾患 血液疾患 悪性腫瘍 血栓症 子宮筋腫
子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣のつ腫 ぜんそく(最終発作 才)
その他：

上記の病気は
いつから： 治療：手術 内服(薬名) 経過観察
病名： 病院名：

アレルギーについてお答えください

薬アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬の種類 →症状 薬の種類 →症状
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	食物の種類 →症状
薬・食べ物以外アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> その他()

月経についてお答えください

初経 () 才	月経周期	規則的 (日型) ・不規則
閉経 () 才	※月経開始日より次の月経前日までの日数	
月経の量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	月経痛 <input type="checkbox"/> 有(強い・我慢できる程度) <input type="checkbox"/> ない
最終月経開始日	(月 日) ~ () 日間←この前は(月 日) ~ () 日間・不明	

妊娠歴についてお答えください

妊娠 (回) 分娩 (回) 流産 (回) 中絶 (回) / 妊娠歴なし

分娩年月日	妊娠経過	週数	分娩方法	性別	出生体重	病院名	備考欄
年 月 日	正常・早産・流産・中絶		正常・吸引・鉗子・帝王切開	男・女			
年 月 日	正常・早産・流産・中絶		正常・吸引・鉗子・帝王切開	男・女			
年 月 日	正常・早産・流産・中絶		正常・吸引・鉗子・帝王切開	男・女			
年 月 日	正常・早産・流産・中絶		正常・吸引・鉗子・帝王切開	男・女			
年 月 日	正常・早産・流産・中絶		正常・吸引・鉗子・帝王切開	男・女			

裏面もご記入ください

来院目的についてお答えください

<input type="checkbox"/> 前回の検査結果	
<input type="checkbox"/> 前回と同じ薬の処方	
<input type="checkbox"/> 生理の異常→ <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 長引く <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 外陰部の異常→ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> 下腹部痛・腰痛 <input type="checkbox"/> 性感染症検査 <input type="checkbox"/> 更年期症状 <input type="checkbox"/> 膀胱炎症状 <input type="checkbox"/> 筋腫・卵巣のう腫・ポリープ（頸管・内膜） 上記の症状は いつから： どのような：	
<input type="checkbox"/> 健康診断の精密検査	
<input type="checkbox"/> HPVワクチン（ガーダシル・シルガード）	
<input type="checkbox"/> IUS（ミレーナ） } <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 挿入 <input type="checkbox"/> 抜去（挿入日 ） <input type="checkbox"/> 入れかえ <input type="checkbox"/> 子宮内避妊具	
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 市の子宮がん検診受診券 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 不妊の相談 <input type="checkbox"/> 排卵チェック <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> ブライダルチェック	
<input type="checkbox"/> ピルの希望→目的： <input type="checkbox"/> 内服中のピル 無・有（薬名： ） <input type="checkbox"/> アフターピル 性交： 月 日 時頃 <input type="checkbox"/> 生理日変更： 月 日～ 月 日避ける	
<input type="checkbox"/> その他（症状をお書きください）	
<input type="checkbox"/> 妊娠 ・妊娠検査薬 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済（陰性・陽性→検査日 月 日） ・母子手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・分娩 <input type="checkbox"/> 希望（ <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 帰省（ 県） <input type="checkbox"/> 未定） <input type="checkbox"/> 中絶 ↳・無痛分娩（ <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 検討中） ・他院を受診 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済（病院名： 受診日 月 日） 予定日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定 ・結婚歴 <input type="checkbox"/> 既婚→結婚 才（ <input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚）・夫 才 <input type="checkbox"/> 未婚→結婚の予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（パートナー 才） ・宗教 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 宗教上の理由から食べることが出来ないもの（ ）	（スタッフ記入欄） LMPより （ w d） EDC （ / ）
<input type="checkbox"/> 妊娠中の症状（つわり・出血・腹痛など） いつから： どのような：	