

問診票

鷺沼産婦人科

フリガナ お名前	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (年齢 歳)			
〒 _____	携帯 ()			
住所	自宅 ()			
身長 _____ cm	体重 _____ kg	妊娠前体重 _____ kg		

診察前に、以下の項目について記入していただくことにより、受診時に最大限のお話しが出来るように準備させていただきたいと思えます。

【1】来院の理由 (当てはまるものに☑を付けてください)

- 子宮癌検診 おりもの かゆみ 下腹部痛 外陰部しこり 不正出血 月経異常 月経困難症
不妊 子宮下垂感 膀胱炎 更年期障害 生理日変更 低用量ピル 緊急避妊ピル 避妊リング
子宮筋腫 卵巣のう腫 子宮内膜症 骨粗しょう症 性行為感染症 子宮頸がんワクチン接種
プライダルチェック その他 ()

□妊娠の診断 (当てはまるものに○をつけてください)

ご自身で市販の検査薬で調べた方 ⇒ [陽性 ・ 陰性] 判定日 (/)
他院からの紹介の方 ⇒ 紹介状 [有 ・ 無] 出産予定日 (/)
未判定

↓

妊娠の場合 [出産希望 ・ 考え中 ・ 中絶希望]
出産希望に○を付けた方は選択してください： 出産場所 [当院 ・ 帰省 ・ 未定]
： 半年以内子宮癌検診を受けて [いる ・ いない]

【2】生理について

- ①初潮は [_____ 歳頃] ②閉経された方 [_____ 歳頃]
 ③月経周期は [順調 ・ 不順] (25~35日周期で規則正しい方は順調です)
 順調な方 ⇒ _____ 日周期
 不順な方 ⇒ _____ ~ _____ 日周期
 ④持続期間 _____ 日間 ⑤量は [多い ・ 普通 ・ 少ない]
 ⑥生理痛 [有 ・ 無] 有の方⇒ [下腹部痛 ・ 腰痛 ・ その他] 服用薬品 ()
 ⑦最近の月経 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間)
 その前の月経 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間)

【3】結婚・家族について (当てはまるものに○を付けてください)

- ① [既婚 ・ 未婚]
 ②既婚の方 ⇒ _____ 歳で結婚 / 夫の年齢 (現在) _____ 歳
 未婚の方 ⇒ 性交渉経験 [有 ・ 無]
 ③子供 _____ 人
 ④血縁の方で次の疾患にかかった方がいますか？ [いる ・ いない]
 ()内に貴方との続柄を記入してください
 糖尿病 () 高血圧 () 結核 () 子宮癌 () 卵巣癌 ()
 乳癌 () 他癌 () 遺伝性疾患 ()

【4】妊娠・分娩歴について

- ①妊娠回数 ⇒ _____ 回 (妊娠中の方は今回の妊娠を除いて記入してください)
 [正常分娩 _____ 回 ・ 流産 _____ 回 ・ 人工中絶 _____ 回 ・ 子宮外妊娠 _____ 回
 帝王切開 _____ 回 ・ 死産 _____ 回 ・ 胞状奇胎 _____ 回]
 ②出産年月・出産時の妊娠週数・出生体重など

平成 _____ 年 _____ 月 (_____ 週) (_____ g) [男 ・ 女] [当院 ・ 他院]
平成 _____ 年 _____ 月 (_____ 週) (_____ g) [男 ・ 女] [当院 ・ 他院]
平成 _____ 年 _____ 月 (_____ 週) (_____ g) [男 ・ 女] [当院 ・ 他院]
平成 _____ 年 _____ 月 (_____ 週) (_____ g) [男 ・ 女] [当院 ・ 他院]

裏面に続きます

【5】既往歴（今までにかかった病気や手術について当てはまるものに☑を付けてください）

□内科（当てはまるものに○を付けてください）

〔 結核 ・ 腎疾患 ・ 高血圧 ・ 肝疾患 ・ アレルギー ・ ぜんそく ・ てんかん
心疾患 ・ 不整脈 ・ 甲状腺疾患 ・ その他（病名： _____） 〕

□婦人科（病名： _____） □外科（病名： _____）

□心療内科（病名： _____） □精神科（病名： _____）

↓

手術の経験が〔 有 ・ 無 〕 有の方（手術名： _____）

輸血歴〔 有 ・ 無 〕

【6】常用薬品をお書きください

薬品名（ _____ ）

【7】喫煙歴について

喫煙歴が〔 有 ・ 無 〕

有の方 ⇒ 現在も喫煙していますか？〔 いない ・ いる ⇒ _____ 本/日〕

【8】当院の受診について

当院を受診されたことがありますか？

〔 無 ・ 有 ⇒ _____ 年 _____ 月頃 産科 ・ 婦人科 〕

【9】当院を何でお知りになりましたか？（当てはまるものに☑を付けてください）

□インターネット □紹介 □看板（□駅 □医院建物） □その他（ _____ ）