

問診表

受付日

名前	ふりがな	生年月日 T.S.H.R 年 月 日	年齢 歳
住所	〒 里帰り先住所：〒		
ご本人携帯		身長 cm	体重 kg
緊急連絡先	名前 () 関係 () 電話番号 ()		
	ご本人へ連絡がつかない場合は、緊急連絡先へ連絡させていただきます。 承諾 ←丸印をお願いします。		

・以下の内容をおしえてください。

最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間 月経周期 _____ 日型 (順・不順)

初潮 _____ 歳 閉経 _____ 歳

性経験 (あり・なし) 結婚 (未婚・既婚・離婚・再婚)

結婚年齢 () 歳 再婚年齢 () 歳

喫煙 (なし・あり _____ 本/日) 配偶者年齢 現在 () 歳

・本日診察にいらっしゃった目的をおしえてください。

妊娠されていますか。
 はい 市販の妊娠判定薬で確認済み 他院で妊娠確認済
 → 妊娠継続希望 中絶希望
 いいえ
 わからない・妊娠判定薬の希望 あり なし

他院に受診されている方は予定日をおしえてください。(_____ 年 _____ 月 _____ 日)
 病院名 (_____)

今回の妊娠で不妊治療はされていますか。
 (いいえ・はい 病院名 _____、治療方法 _____)

子宮がん検診

外陰部のかゆみ、痛み、違和感

おりもの (_____) 頃より 性状 (ヨーグルト様 黄色 その他)
 性病の心配 におい (気になる 気にならない)
 抗生物質服用 (あり なし) 性病検査希望 (あり なし)

不正出血 (_____) 頃より 量は (多 中 少)

膀胱炎 下腹部痛

月経痛 (_____) 頃より 現在服用の鎮痛剤 (_____)
 鎮痛剤が効かない 年々ひどくなっている 月経量多い 避妊希望あり
 便秘 性交痛 月経前のイライラ、むくみ

不妊に関する相談 月経不順

他院で婦人科疾患を指摘された (_____)

更年期障害

ほてり 発汗 肩こり 不眠 手足の冷え 気分の落ち込み
 疲れやすい イライラ 動悸 めまい 頭痛 耳鳴り その他 (_____)

緊急避妊 月経移動 子宮頸がん予防ワクチン既往 (あり・なし)

その他 (_____)

薬物アレルギー（あり・なし） ありの場合 薬剤名（ ）
症状（ ）

食物アレルギー（あり・なし） ありの場合 食品名（ ）
症状（ ）

・現在内服されている薬はありますか。（なし・あり）

・今までにかかった病気はありますか。

なし

高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・結核・甲状腺疾患・遺伝性疾患・喘息・不妊治療

自己免疫疾患・脳梗塞・脳内出血・てんかん・精神疾患・性感染症・悪性疾患・血栓症

その他_____

・手術を受けたことはありますか。（いつ頃、手術名、手術を受けた病院名など）

なし・あり_____

・ご家族がかかった病気はありますか。

なし・あり／高血圧・糖尿病・その他_____、それはどなたですか_____

・これまでの妊娠、分娩について

妊娠_____回 分娩_____回（お子様の人数_____人）

流産（なし・あり_____回、妊娠_____週のころ） 中絶（なし・あり_____回、当院・他院）

・出産の経過をおしえてください。

① 第1子

西暦_____年_____月_____日 妊娠週数_____週 分娩先病院名（当院・他院_____）

体重_____g 性別（男・女） 健康・否（_____）

分娩方法（自然分娩・促進分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開：理由_____）不妊治療（なし・あり_____）

分娩所要時間_____時間_____分 出血量（問題なし・多量 m l）

児の処置（なし・あり ありの場合 内容_____）

妊娠経過の異常（なし・あり / 高血圧・糖尿病・その他_____）

② 第2子

西暦_____年_____月_____日 妊娠週数_____週 分娩先病院名（当院・他院_____）

体重_____g 性別（男・女） 健康・否（_____）

分娩方法（自然分娩・促進分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開：理由_____）不妊治療（なし・あり_____）

分娩所要時間_____時間_____分 出血量（問題なし・多量 m l）

児の処置（なし・あり ありの場合 内容_____）

妊娠経過の異常（なし・あり / 高血圧・糖尿病・その他_____）

③ 第3子

西暦_____年_____月_____日 妊娠週数_____週 分娩先病院名（当院・他院_____）

体重_____g 性別（男・女） 健康・否（_____）

分娩方法（自然分娩・促進分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開：理由_____）不妊治療（なし・あり_____）

分娩所要時間_____時間_____分 出血量（問題なし・多量 m l）

児の処置（なし・あり ありの場合 内容_____）

妊娠経過の異常（なし・あり / 高血圧・糖尿病・その他_____）