

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 妊娠前の体重 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。		
薬物アレルギー	なし・あり	薬品名 症状	
食物アレルギー	なし・あり	食品名 症状	
マイナ保険証による診療情報取得に関して <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 持っていない			

・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。以下、あてはまる箇所の○に✓をお願いします。

○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】  
はいの方→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 (一年以内に子宮がん検診を受けた はい \_\_\_\_\_ 年 月頃 結果：異常なし/あり \_\_\_\_\_ いいえ)

○外陰部のかゆみ 外陰部の痛み 外陰部の違和感

○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 ( ) 頃より

○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 ワキ汗が気になる

( 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 ( )

・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。当てはまる疾患に○をし、( )内に詳細を記載してください。

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  
腰部や脊椎の病気 ( )  
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。( )に続柄をご記入ください。

なし・あり／高血圧( ) 糖尿病( )  
その他\_\_\_\_\_ ( )

・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、ありの場合：\_\_\_\_\_年\_\_\_月 妊娠\_\_\_\_\_週のころ)

\_\_\_\_\_年\_\_\_月 妊娠\_\_\_\_\_週のころ)

中絶(なし・あり\_\_\_\_\_回、当院・他院／ありの場合：\_\_\_\_\_年\_\_\_月 妊娠\_\_\_\_\_週のころ)

\_\_\_\_\_年\_\_\_月 妊娠\_\_\_\_\_週のころ)

・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\_\_\_\_\_)