

問診票

※ 診察の前に記入して、血圧測定値、紹介状、お薬手帳、各種クーポン券などと一緒に受付窓口にお渡しください

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名	生年 月 日	年 月 日 (歳)	職業 (職場) ()
住所 〒	電話	携帯 - -	自宅 - -
身長 cm	体重 kg	結婚	未婚 [結婚予定：なし / あり (年 月頃) / 未定] 初婚 (歳) / 再婚 (歳) / 離婚 / 死別

受診した理由

- 他院から紹介 手術 / 不妊 / 妊婦健診 / 里帰り分娩 / 検査 / 処方 / セカンドオピニオン / その他

紹介元の病院名

- 子供がほしい 結婚期間 年 月 不妊期間 年 月 (不妊の方は必須)

- 妊娠(疑い) 月経が遅れている / 妊娠反応陽性 (月 日) / 他院で妊娠を確認 / 出産希望 [当院 / 他院 ()] / 中絶希望 / 出産するか未定

里帰り先の住所 〒

- 検診や相談 頸がん検診希望 / 体がん検診希望 / 検診で異常指摘 / 定期検診希望 [筋腫・卵巣・がん検診]
性病が心配 / ピル希望 / 避妊の相談 / 緊急避妊 / 月経の移動 / プライダルチェック希望

- 月経の異常 月経がない / 月経が不順 / 量が [多い / 少ない] / 不正出血 / 月経痛 / 月経前の体調不良

- 婦人科の症状 おりものが多い / 陰部がかゆい・痛い / おなか痛い / しこりが触れる [腹部・陰部・乳房]
性交痛 / 更年期症状 / 子宮が下がる / 尿もれ / 毛深い / ニキビ / 乳汁分泌 / その他

いつ頃からどのような症状がありましたか

- 現在の症状で他の病院を受診しましたか： いいえ / はい (病院で と診断された)

月経について

- 初経：なし / 歳 ●閉経： 歳 ●一番最近の月経： 月 日から 日間

- 月経周期：整順 日型 ・ 不順 (~ 日型) ●持続日数：約 日間

- 月経量：少ない / 中等量 / 多い ●月経痛：なし / 軽い / 重い (鎮痛薬：)

セックス・授乳・妊娠・分娩について

- セックスの経験：なし / あり ●授乳：なし / 現在授乳中 / 間もなく終了予定

- 妊娠の経験：なし / あり [妊娠 回 ・ 出産 回 ・ 流産 回 ・ 中絶 回 ・ 子宮外 回]

妊娠出産年月(年齢)	妊娠週数	妊娠の転帰	病院名
年 月 (歳)	週	♂ / ♀ g 出産(自然・吸引・鉗子・帝切) / 流産 / 中絶 / 子宮外 / 死産	
年 月 (歳)	週	♂ / ♀ g 出産(自然・吸引・鉗子・帝切) / 流産 / 中絶 / 子宮外 / 死産	
年 月 (歳)	週	♂ / ♀ g 出産(自然・吸引・鉗子・帝切) / 流産 / 中絶 / 子宮外 / 死産	
年 月 (歳)	週	♂ / ♀ g 出産(自然・吸引・鉗子・帝切) / 流産 / 中絶 / 子宮外 / 死産	
年 月 (歳)	週	♂ / ♀ g 出産(自然・吸引・鉗子・帝切) / 流産 / 中絶 / 子宮外 / 死産	

- 過去の妊娠や分娩の異常：なし / あり

どのような異常がありましたか

今までかかった病気・検診・生活について

●手術・病気・骨折：なし / あり

いつ頃	病名・手術名	現在の状態	病院名
年 月 (歳)		治癒 / 治療中 / 放置	
年 月 (歳)		治癒 / 治療中 / 放置	
年 月 (歳)		治癒 / 治療中 / 放置	
年 月 (歳)		治癒 / 治療中 / 放置	

●輸血：なし / あり (_____ 歳)

●現在服用している薬・サプリメント：なし / あり (薬品名を記載するかお薬手帳をお渡してください)

薬品名と量

●アレルギー：なし / 花粉症 / アトピー / 食物 (_____) / 金属 (_____) / その他 (_____)

●薬や注射による発疹やショック：なし / あり (薬品名： _____)

●喘息：なし / 過去になった (最後の発作： _____ 歳頃) / 未治療 / 治療中

●子宮頸がん検診：受けたことがない / 異常なし (_____ 年) / 異常あり (_____ 年 _____)

●子宮頸がんワクチン：受けたことがない / 受けた (_____ 歳頃に _____ 回)

●喫煙：なし / 1日 _____ 本 ●飲酒：なし / 機会 / ほぼ毎日 ●宗教：なし / あり (_____)

家族の病気について

●血のつながった方の病気 (がん・脳卒中・糖尿病・高血圧・肝臓病・心臓病・喘息・精神病・不妊・遺伝疾患など)

なし / あり (誰が： _____) (病名： _____)

(誰が： _____) (病名： _____)

(誰が： _____) (病名： _____)

夫 (パートナー) について

なし / あり (年齢 _____ 歳) ・ 健康 / 病気 (_____) / 死別

その他に相談したいことがあればお書きください