

ふりがな 氏名	血液型 型 Rh (+ -)	生年月日 年 月 日	年齢 才
〒 住所	電話番号 (e-mail)		

来院のきっかけ(○で囲んでください)

知人などの紹介 · 看板 · 近所 · 口コミ · ホームページ · 他院から · その他

◆ 当院を受診された理由について ○を付けて必要事項をご記入ください

- ・妊娠希望 · 妊娠かどうか(市販検査薬判定 + · - 検査日 月 日)
- ・生理の異常(生理不順 · 生理の量が多い · 生理痛がひどい · 生理がこない)
- ・おりもの(量 · におい · 赤色 · ピンク色 · 茶色 · オレンジ色 · 黄色 · 白)
- ・不性器出血 · 下腹部が痛い · 陰部(かゆい · 痛い · できもの)
- ・生理前の不調()
- ・更年期症状かもしれない(別紙記入用紙あり) · 月経移動 · 子宮がん検診
- ・緊急避妊(アフターピル) · ブライダルチェック(A · B)
- ・乳房(しこり · 張り · 痛み · その他:)
- ・他医 · 検診で婦人科の受診をすすめられた()
- ・その他()

職業

受診できる曜日 · 時間

◆ 月経について(最終の月経 月 日から 日間)

- ・初潮(初めての月経)は何歳でしたか()歳
- ・普段の月経は順調ですか(はい · いいえ)
- 「はい」の方 周期はどのくらいですか()日周期
※周期とは月経が始まって1日目から次の月経の前日までの期間です
- ・月経は何日間くらいありますか()日間
- ・月経量はどれくらいですか(普通 · 多い · 血のかたまりが出る · 少ない)
- ・月経痛はありますか(はい · 時々 · いいえ)
- 「はい」の場合 程度(寝込む · 仕事を休む · 鎮痛剤を飲む)
症状(下腹部痛 · 腰痛 · 下痢 · 便秘 · 頭痛 · その他_____)

◆ 結婚されていますか【はい · いいえ · 結婚予定 · 事実婚】

- 結婚(歳 · 年 月のとき)
- 再婚(歳 · 年 月のとき)
- 結婚予定の方(結婚予定 年 月頃)
- 事実婚(歳 · 年 月のとき)

◆ 性交の経験はありますか(はい · いいえ)

- 性交痛はありますか(はい · いいえ)

◆ 健康に関してご心配なこと · 気になること



裏面へ⇒

◆ 今までにかかった病気・受けた手術について (○を付け、病院名と時期をご記入ください)

高血圧・心臓病・糖尿病・高コレステロール血症・喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー・じんましん

精神疾患・貧血・頭痛・片頭痛・B型肝炎・C型肝炎・膠原病・

甲状腺機能亢進症・甲状腺機能低下症・バセドウ病・橋本病・虫垂炎(盲腸炎)・外傷・交通事故

カンジダ症・クラミジア感染・トリコモナス感染・性病

子宮筋腫・子宮腺筋症・子宮内膜症・卵巣嚢腫・多嚢胞性卵巣症候群・卵巣腫瘍・子宮内膜ポリープ

子宮外妊娠・卵管結紮・子宮がん・乳がん・子宮脱・子宮頸管ポリープ

その他()

通院時期 ()
病院名 ()

◆ 常用薬はありますか (いいえ・はい 薬剤名_____)

◆ サプリメントを利用していますか (いいえ・はい 品名_____)

◆ 血縁の方に特別な病気はありましたか

高血圧・糖尿病・がん・心臓病・その他()

◆ アレルギーはありますか (はい・いいえ)

薬剤 (薬剤名_____ 症状_____)

食物 (何で_____ 症状_____)

アルコール・金属・ゴム・その他(_____)

◆ 注射や採血でご気分が悪くなられたことはありますか (はい・いいえ)

◆ 喫煙されていますか (はい・いいえ) →はい の方 1日_____本

いつ頃から喫煙されていますか_____才

→いいえ の方 以前喫煙されていましたか (はい・いいえ)

◆ 妊娠・出産について

今までに妊娠したことはありますか (はい・いいえ)

→はいの方は下の表に妊娠した順に記入してください

年 月 日	週数(満)	妊娠出産経過	性別	出生体重	健否	病院名
		自然・帝王切開 流産・中絶・子宮外妊娠	男・女	g ()	健・否 ()	
		自然・帝王切開 流産・中絶・子宮外妊娠	男・女	g ()	健・否 ()	
		自然・帝王切開 流産・中絶・子宮外妊娠	男・女	g ()	健・否 ()	
		自然・帝王切開 流産・中絶・子宮外妊娠	男・女	g ()	健・否 ()	

妊娠()回 出産()回 流産()回 子宮外妊娠()回 中絶()回

◆ 当院は診療情報を取得・活用することで、より高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか (はい・いいえ)

問診票②ー1 【わかる範囲でお答え下さい】

◆ 妊娠を希望される方へ

- ・避妊をせずに夫婦生活を始めたのはいつ頃ですか (年 月頃)
- ・妊娠を意識して夫婦生活を始めたのはいつ頃ですか (年 月頃)
- ・基礎体温を付けていますか (体温表・体温計・アプリ・つけていない)
- ・排卵検査薬を使用したことはありますか (はい・いいえ)
→はいの方 陽性に出たことはありますか (はい・いいえ)
- ・排卵期の透明なおりものはわかりますか (はい・いいえ)

◆ ご主人について わかる範囲でご記入ください

・ ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日 才

- ・ 身長 cm 体重 kg
- ・今までにかかった病気・受けた手術 ()
- ・薬・食品アレルギーはありますか (はい _____ · いいえ)
- ・常用薬はありますか (はい _____ · いいえ)
- ・喫煙されていますか (はい _____ 本/日 · いいえ)
- ・初婚ですか (はい・いいえ → お子様はいますか はい・いいえ)

◆ 夫婦生活に関して心配なこと・気になることがありますらご記入ください

性交痛・勃起障害・時間が合わない

その他

◆ 検査・治療に関するご希望を教えてください

希望される治療 (検査のみ・タイミング法・人工授精)

薬の使用 (使用してもよい・注射は使用したくない)

治療の進め方 (段階的に進めたい・早めに進めたい)

② ー2

◆ 過去の治療歴について

妊娠希望で他院を受診したことはありますか (はい・いいえ)

→はいの方はわかる範囲で以下の表に記入してください

通院時期と病院名 (年 月 ~ 年 月 _____)

今回当院を受診される前に行つた治療があれば教えてください

- ・タイミング法 回
- ・人工授精 回
- ・体外受精 回