問診票①－１　【わかる範囲でお答え下さい。】記入日　令和（　　）年（　　）月（　　　）日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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**

**職業**

**受診できる曜日・時間**

・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

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* **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　　　　　　　）

・閉経は何歳でしたか　　　　　（　　　）歳

・子宮頸がん検診を受けたことがありますか　（はい　〔前回　　年　　月〕・いいえ）

　現在ピルを内服中である（はい・いいえ）、現在授乳中である（はい・いいえ）

* **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⇒***

1. －２
* **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

カンジダ腟炎・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・子宮頚管ポリープ

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②－１　　【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**

・　　　　　　　　　　　　　　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したらご記入ください**

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）

1. ―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っ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