

ID: \_\_\_\_\_

# 問診票

記入日 年 月 日  
紹介状: 有・無

フリガナ \_\_\_\_\_ (西暦: 年)  
**氏名** \_\_\_\_\_ **生年月日** S・H 年 月 日 ( 歳)

**住所** \_\_\_\_\_

**電話番号** \_\_\_\_\_ **身長** \_\_\_\_\_ cm **体重** (非妊時) \_\_\_\_\_ kg

\*ご本人と連絡がつく番号(携帯電話など)をご記入ください

**職業** \_\_\_\_\_ **結婚歴** 既婚( 歳時)・未婚(入籍の予定: 有・無)

## 1. 本日、ご相談になりたい内容についてご記入ください

### 妊娠の疑い・妊婦健診

- 妊娠の疑い 妊娠判定をされましたか? (いいえ・はい: 月 日(病院/市販の検査薬)(陽性/陰性))  
 出産の予定について(出産予定・検討中・中絶希望)  
 今回の妊娠前に不妊治療を受けましたか? (いいえ・はい: 内容 \_\_\_\_\_)  
 当院での(分娩/妊婦健診)を希望する

### 婦人科

- 出血 いつから( \_\_\_\_\_ )色(赤・ピンク・茶・おりものに混じる程度)  
 腹痛 いつから( \_\_\_\_\_ )部位(下腹部・全体・右側・左側)  
 おりもの いつから( \_\_\_\_\_ )色(透明・白・黄色・黄緑)におい(あり・なし)  
 外陰部の相談(かゆみ・できもの・痛み)  
 月経(生理)不順  
 不妊相談 どのくらいの期間、妊娠しませんか?( 年 月 日)  
 子宮がん検診  
 更年期障害と思われる症状  
 月経をずらしたい  
 避妊相談(ピル・ミレーナ・アフターピル)  
 その他 \_\_\_\_\_

## 2. 月経についてご記入ください

- ・初潮( 歳)・閉経( 歳)  
・月経は順調に來ますか?(はい: 月経周期 日~ 日・いいえ)  
・一番最近の月経はいつからですか?( 月 日より 日間)  
・月経量(少・中・多)  
・月経痛(なし・あり→弱・中・強 痛み止めの使用 なし・あり→薬剤名: \_\_\_\_\_)

## 3. 性交渉の経験はありますか? (はい・いいえ)

## 4. 今までの妊娠についてご記入ください

- ・今までに妊娠したことはありますか? (はい・いいえ)

出産 \_\_\_\_\_ 回 ・流産 \_\_\_\_\_ 回 ・人工中絶 \_\_\_\_\_ 回 ・子宮外妊娠 \_\_\_\_\_ 回

	年	月・日	週数	出生体重	性別	分娩方法	分娩施設
1				g	男・女	正常分娩・帝王切開	
2				g	男・女	正常分娩・帝王切開	
3				g	男・女	正常分娩・帝王切開	
4				g	男・女	正常分娩・帝王切開	

## 5. 現在授乳をされていますか? (はい・いいえ)

裏面のご記入もお願いいたします

**6. 今までの病気・手術歴についてご記入ください (記載例: ○○歳 子宮筋腫 手術 / ○○歳 喘息)**

なし あり → 病名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. 現在通院中、または今までに通院した病院や内服した薬はありますか? (カウンセリングも含む)**

(記載例: 病名 パニック障害 病院名 ○○メンタルクリニック)

なし あり → 病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 薬品名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. アレルギーについてご記入ください (記載例: 薬剤 アルコール消毒・食べ物 卵 )**

なし あり → (薬剤 \_\_\_\_\_ ・食べ物 \_\_\_\_\_ ・花粉症 ・ アトピー ・その他 \_\_\_\_\_ )

**9. 生活習慣についてご記入ください**

- ・アルコールを飲みますか? (いいえ・はい → どのくらい飲みますか? : \_\_\_\_\_ )
- ・たばこを吸いますか? (いいえ・禁煙した・はい → 1日 \_\_\_\_\_ 本)

**10. 子宮がん検診を受けたことがありますか? (いいえ・はい → \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 異常 無・有 )**

**11. ご自分の両親あるいは兄弟姉妹に以下の病気を現在もしくは過去に持った方がいますか?**

高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症 その他の遺伝性疾患 (病名: \_\_\_\_\_ )

**12. こ主人 (パートナー) についてお聞かせください**

- ・お名前 ( \_\_\_\_\_ )
- ・生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)
- ・職業 ( \_\_\_\_\_ )
- ・連絡先 ( \_\_\_\_\_ )
- ・喫煙 ( 有 ・ 無 ) ・健康状態 ( 良 ・ 否 ( \_\_\_\_\_ ) )
- ・血液型 ( \_\_\_\_\_ 型 Rh + ・ - ・ ? )

**～マイナ保険証を持参した (する) 患者さま～**

- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? ( はい ・ いいえ )
  - ・この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか? ( はい ・ いいえ )
- 「はい」の方 → ( いつ: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 / 指摘事項: \_\_\_\_\_ )

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の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をお願いいたします。

ご回答いただきありがとうございました。受付にお渡しく下さい。

しま産婦人科