

<問診表>

平成 年 月 日

ふりがな

生年月日 昭・平 年 月 日

年 月 日

( 歳)

未婚・既婚

氏名 \_\_\_\_\_

本日ご予約されていますか はい いいえ

入籍予定

住所 〒 \_\_\_\_\_

職業( \_\_\_\_\_ )

電話番号 自宅 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

(前回受診時と変更が無ければ 「変更無し」とご記入下さい)

\*里帰りの方は里帰り先住所 \_\_\_\_\_

連絡先氏名 \_\_\_\_\_ 様方 Tel ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

<本日の受診理由として当てはまるものに○をつけるか記入をして下さい>

- ・妊娠かどうか \*市販のテストを行いましたか? はい・いいえ ( 月 日 陽性 ・ 陰性)
- ・が ん 検 診 (子宮頸部・子宮体部・乳がん) \*本日のがん検診は会社の検診ですか? はい・いいえ
- ・不正出血 ( 月 日 ~ 日間) ・生理不順 ・生理痛 ・腹痛 ・外陰部の痒み
- ・外陰部の痛み、できもの ・おりものが気になる ・性病検査 ・膀胱炎症状 ・腰痛
- ・更年期障害 ・骨粗鬆症の検査 ・乳腺炎 ・乳房のしこり ・不妊相談
- ・避妊相談 ( 低用量ピル アフターピル リング その他 )

\*ピル希望の方は自費初診料 5,400 円 (税込み) がかかる場合があります

- ・生理日変更 \*次回生理開始予定日 月 日頃 生理を避けた日 月 日 ~ 月 日
- ・里帰り出産 (分娩予定日 年 月 日)
- ・当院で出産希望 (分娩予定日 年 月 日)
- ・その他、当てはまらない症状があればお書きください

( \_\_\_\_\_ )

<以下の質問にお答え下さい>

1~7は前回と変更が無ければ無記入でよろしいです

※ 最終月経 月 日より 日間 閉経している ( 歳)  
周期 ・規則的 日周期 ・不規則 日 ~ 日周期 ・不明

※ 現在、内服中の薬はありますか? はい ・ いいえ ( \_\_\_\_\_ )

※ 子宮がん検診を受けたことがありますか? はい ・ いいえ (最終検診 年 月 子宮頸部・子宮体部)

1. ぜんそくになったことがありますか? はい ・ いいえ (最終発作 歳)
2. 薬のアレルギーはありますか? はい ・ いいえ (薬品名 \_\_\_\_\_)
3. 薬以外のアレルギーはありますか? はい ・ いいえ ( \_\_\_\_\_ )
4. 婦人科の診察を受けたことがありますか? はい ・ いいえ
5. 性交渉の経験はありますか? はい ・ いいえ
6. 過去に妊娠したことがありますか? はい ・ いいえ

\*「はい」の方: 出産 回 (正常分娩 回 帝王切開 回) 流産 回 (自然流産 回 人工妊娠中絶 回)

7. 病気やケガで入院や通院していた・手術をしたことがありますか はい ・ いいえ

①通院・入院経験がある (現在、通院中も含): 病名 \_\_\_\_\_ 通院時期 \_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_ 歳

②手術経験がある: 病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_ 歳 \*現在: 完治・定期通院・内服治療中

8. 1ヶ月以内に、以下の感染症にかかったもしくはかかっている方と接触がありましたか はい ・ いいえ  
それはどの疾患ですか? ○で囲んで下さい。

インフルエンザ・風疹・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・流行性角結膜炎・ノロウイルス感染・病原性大腸菌感染  
溶連菌感染・結核・手足口病・その他 ( \_\_\_\_\_ ) ▲結核は、6ヶ月以内

①かかった人は: 自分・同居している家族 ( \_\_\_\_\_ ) ・職場の同僚・その他 ( \_\_\_\_\_ )

②かかった時期もしくは接触した時期: \_\_\_\_\_ 月頃 ※現在、気になる症状がある方: 症状 \_\_\_\_\_