

# 問 診 票

来院日： 年 月 日

ふりがな				生年月日	年	月	日	歳	
氏名									
住所	〒 -				電話番号				
					携帯番号				
身長		体重		血液型		職業			

◎本日の来院理由について（該当するところへ☑または○をしてください）

- 妊娠の疑い⇒市販検査薬で確認：未・済（検査日： 月 日頃／結果：陰性・陽性）  
 ⇒不妊治療（なし・あり タイミング・人工授精・体外受精）  
 ⇒既に他院受診して妊娠を確認した（なし・あり→ 紹介状あり・なし）  
 出産予定日（ 月 日）・未定  
 ⇒妊娠継続を希望（する・しない・考え中）  
 分娩を希望される方は分娩施設（当院・他院・里帰り・考え中）  
 妊婦健診施設（当院・他院・考え中）

- 腹痛  生理痛  月経前の不調  不正出血  生理不順（生理がしばらくこない）  ピル処方希望  
 生理日移動  子宮筋腫  卵巣のう腫  子宮がん検診  性感染症検査希望  
 アフターピル（緊急避妊）性交渉の時間 月 日 時 分  
 外陰部（痛み・腫れ・かゆみ・できもの・その他→ )  
 おりもの（多い・臭い・色が気になる）  膀胱炎症状（排尿痛・頻尿・残尿感）  
 更年期症状（発汗・怒りっぽい・気分が沈む・不眠・その他→ )  
 その他  
 詳細： \_\_\_\_\_

- ① 月経・結婚について ・最終月経開始日： 月 日から ( ) 日間  
 ・初潮 ( ) 歳 ・閉経 ( ) 歳  
 ・月経周期（月経開始から次の月経開始までの期間）：不規則・規則的 ( ) 日～ ( ) 日  
 ・月経痛：なし・軽度・中等度・高度・その他 ( )  
 ・月経量：少ない・普通・多量・その他 ( )  
 ・性経験：なし・あり ・結婚：未婚・既婚 ( ) 歳の時 ・離婚歴：なし・あり

- ② アレルギーについて  
 ・喘息：なし・あり（発症年齢 歳から 最終発症 歳）  
 ・薬剤アレルギー：なし・あり ( )  
 ・食物アレルギー：なし・あり ( )  
 ・その他：( )

次ページあり

③ 飲酒・喫煙について ※今現在の状況を記入ください

・飲酒：なし・あり（量 回／日） ・喫煙：なし・あり（平均 本／日）  
 （妊娠反応陽性の方：妊娠後飲酒やめた・妊娠後喫煙やめた）

④ 過去の妊娠・分娩について

・これまでに妊娠・分娩されたことはありますか？分娩経験がある場合、その内容を記入下さい。  
 妊娠（ ）回（今回含む）／分娩（ ）回／流産（ ）回／中絶（ ）回 その他

出産した年 ※西暦記入	週数	体重	性別	健否	妊娠分娩経過	分娩施設
年 月 日	週	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開（予定・緊急）・流産・中絶・死産	
年 月 日	週	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開（予定・緊急）・流産・中絶・死産	
年 月 日	週	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開（予定・緊急）・流産・中絶・死産	
年 月 日	週	g	男・女	健・否	自然分娩・帝王切開（予定・緊急）・流産・中絶・死産	

⑤ 今までに入院、手術、定期的に通院が必要な病気はありますか？

---



---



---

⑥ 最後に受けた子宮がん検診実施日 年 月 結果： 異常なし ・異常あり

⑦ 内服中のお薬があれば記入してください。

---

⑧ 近親者のご病気について、該当するものにチェックして（ ）内に続柄をご記入ください。

例：高血圧・（祖父）

高血圧（ ） 糖尿病（ ） 心臓病（ ）  
てんかん（ ） 精神疾患（ ）  
子宮頸がん（ ） 子宮体がん（ ） 乳がん（ ）  
大腸がん（ ） その他のがん：（ ）  
その他（ ）  
該当なし

⑨ パートナーについて \*産科受診の方のみご回答ください。

パートナー：年齢（ ）歳 身長：（ ）cm 体重：（ ）kg  
 職業：（ ）  
 血液型：（ 型 Rh ）  
 喫煙：（ なし ・ あり ⇒ 平均 本／日）  
 飲酒：（ なし ・ あり ⇒ 量 回／日）  
 連絡のつく電話番号：（ ）

⑩ 当院を選んだ理由について

（ホームページ・駅などの広告・家族・友人の紹介・近所だから・その他）

\*問診票は診察に必要な項目をお伺いしています。お手数ですがもれなくご記入をお願いします。  
 ご記入ありがとうございました。