

婦人科外来問診票

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* これからの診察の参考に致しますので正確にご記入及び□にチェックをお願いします。

* 不妊外来をご希望の方はご主人の情報もご記入ください。また「挙児希望者用問診票」もご記入ください。

* 当院では「個人情報の保護に関する法律」に従い、患者様の個人情報を厳密に取り扱っています。

フリガナ 氏名	_____ (本人)	_____ (夫)
生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳)	S・H・R 年 月 日 (歳)
住所	(〒 -)	
電話番号	(自宅)	(携帯)
当院から連絡する場合 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 (留守番電話 <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG)		

受診の経緯	ホームページ	紹介 (知人)	紹介 (医師)	雑誌・広告	その他 ()
-------	--------	---------	---------	-------	---------

来院目的	* 1年以内に子宮ガン検診を受けられましたか? <input type="checkbox"/> はい (年 月) <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 妊娠かどうか <input type="checkbox"/> 妊娠反応が陽性に出た・他院で妊娠と言われた ⇒ (<input type="checkbox"/> 分娩予定 <input type="checkbox"/> 中絶予定)		
妊娠の相談	<input type="checkbox"/> 夫婦生活がうまくもてない <input type="checkbox"/> 子供ができない <input type="checkbox"/> 流産・死産を繰り返す	ガン検診 (<input type="checkbox"/> 子宮頸部ガン <input type="checkbox"/> 子宮体部ガン) 腹部の異常 <input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> しこり
外陰・排尿の異常	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 性病検査希望	生理日・避妊の相談 <input type="checkbox"/> 低用量ピルを希望 <input type="checkbox"/> アフターピルを希望 <input type="checkbox"/> 生理日の変更・月経周期の変更
月経・出血の異常	<input type="checkbox"/> 月経前の体調不良 <input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 性交時出血 <input type="checkbox"/> 出血が多い <input type="checkbox"/> 生理痛が強い <input type="checkbox"/> 月経が来ない	その他の来院目的

月経について	最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間 (閉経された方 閉経年齢 _____ 歳)
初潮は何歳ですか? _____ (_____ 歳)	月経の量は? <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通
月経は順調ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	生理痛の程度は? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> 強い
月経周期 (月経初日から次回月経初日前日まで) は何日型ですか? _____ 日 ~ _____ 日型	

アレルギーについて	アレルギー体質で <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> 金属 その他 ()	

個人歴・結婚・妊娠・分娩について		体重 / 身長 (kg / cm) BMI()		
性交の経験はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		ご結婚されていますか? <input type="checkbox"/> 独身 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 事実婚		
妊娠回数 (回) 分娩回数 (回) 子供 (人) 自然流産 (回) 人工妊娠中絶 (回)				
年 月	出産時週数	経 過	性別・体重	流産・早産の状態
昭和,平成,令和 年 月	週 (ヶ月)	1.分娩(経膈・帝切) 2.早産 3.流産 4.死産 5.中絶 6.子宮外	男 g 女 g	妊娠反応のみ 胎嚢確認 胎児心拍確認 手術あり
昭和,平成,令和 年 月	週 (ヶ月)	1.分娩(経膈・帝切) 2.早産 3.流産 4.死産 5.中絶 6.子宮外	男 g 女 g	妊娠反応のみ 胎嚢確認 胎児心拍確認 手術あり
昭和,平成,令和 年 月	週 (ヶ月)	1.分娩(経膈・帝切) 2.早産 3.流産 4.死産 5.中絶 6.子宮外	男 g 女 g	妊娠反応のみ 胎嚢確認 胎児心拍確認 手術あり
昭和,平成,令和 年 月	週 (ヶ月)	1.分娩(経膈・帝切) 2.早産 3.流産 4.死産 5.中絶 6.子宮外	男 g 女 g	妊娠反応のみ 胎嚢確認 胎児心拍確認 手術あり

今までの病気や手術について		*不妊外来をご希望の方はご主人の情報もご記入ください。
ご本人	ご主人	
<input type="checkbox"/> 下垂体疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> 腹膜炎 <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 卵巣手術 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> ガン	<input type="checkbox"/> 下垂体疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 高熱疾患 <input type="checkbox"/> 副睾丸炎 <input type="checkbox"/> 停留睾丸 <input type="checkbox"/> 陰部外傷 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> ガン	
その他の疾患および入院・手術歴など	その他の疾患および入院・手術歴など	

個人歴・家族歴・嗜好品・常用薬について		*不妊外来をご希望の方はご主人の情報もご記入ください。
ご本人	ご主人	
輸血を受けたことはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
服用中のお薬はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (薬品名)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (薬品名)	
薬剤での副作用はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (薬品名) (症状)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (薬品名) (症状)	
嗜好品および常用薬 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 その他()	
血縁者の病歴 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 遺伝病 <input type="checkbox"/> ガン その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 遺伝病 <input type="checkbox"/> ガン その他()	