

問診票

年 月 日

番号

フリガナ		西暦	身長	体重（妊娠前）
氏名	生年月日	年 月 日 (才)	cm	kg
住所	〒 -			
電話番号	自宅 () - -	緊急連絡先	続柄： 氏名：	
	携帯 () - -		() - -	
メールアドレス		結婚していますか？	既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定	

緊急のご連絡やクリニック、ホスピタルの情報をお知らせいたします。 記入のご協力をお願いいたします。

【1】本日来院された理由を○で囲んで下さい。

妊娠（市販の検査薬にて 陽性 月 日 ・ 陰性 ・ 使用未 ・ 他院にて診断）
 分娩希望（当院 ・ 他院（病院名： ） ・ 未定）
 無痛分娩（希望 ・ 希望しない ・ 未定） ・ 中絶（希望 ・ 迷い中）
 不妊治療（検査）の相談 ・ 月経痛 ・ 月経不順 ・ 月経量が多い、止まらない ・ 月経が来ない ・ 不正出血 ・ 下腹部痛
 おりもの異常（量・性状・におい・その他） ・ 外陰部の異常（かゆみ・痛み・できもの・その他） ・ 感染症検査
 更年期障害 ・ 子宮がん検診 ・ 子宮筋腫/卵巣嚢腫のチェック ・ 健康診断で異常を指摘された
 月経をずらしたい（ 月 日～ 月 日の間を避けたい） ・ 避妊の相談（ピル・アフターピル・その他）
 その他（ ）

● 具体的な症状や、ご質問などある方は、ご記入下さい。

● マイナ保険証を使用する場合、マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか？

はい ・ いいえ

● 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

あり ・ なし

【2】普段の月経についてお聞かせ下さい。

- 一番最近の月経はいつでしたか？（西暦 年 月 日より 日間）
- 何日ごとにきますか？（月経周期）（ ）日 ～ （ ）日
- 初潮はいつでしたか？（ 歳頃）
- 閉経はいつでしたか？（ 歳頃）

【3】性交渉（セックス）の経験はありますか？

はい ・ いいえ

【4】過去の妊娠についてお聞かせ下さい。

- 分娩（ ）回 ・ 流産（ ）回（妊娠 週）
- 中絶（ ）回（妊娠 週） ・ その他（異所性妊娠、胎状奇胎など）（ ）回

【分娩内容】

分娩年月 (西暦で記入)	出生体重	性別		分娩方法	帝王切開の理由	週数	病院名
年 月	g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開（予定・緊急）		週	
年 月	g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開（予定・緊急）		週	
年 月	g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開（予定・緊急）		週	
年 月	g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開（予定・緊急）		週	
年 月	g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開（予定・緊急）		週	
年 月	g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開（予定・緊急）		週	
年 月	g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開（予定・緊急）		週	

【5】現在、授乳はされていますか？

はい ・ いいえ

*裏面もご記入をお願いします。

① 2年以内に子宮頸がん・子宮がん検診を受けましたか？	いいえ・はい	西暦	年	月頃
② 2年以内に乳がん検診を受けましたか？	いいえ・はい	西暦	年	月頃
③ 不妊治療（検査）の相談の方はお聞かせ下さい。 いつから避妊していませんか？	（結婚：西暦 年 月） 西暦 年 月頃			
④ 現在、他院にて診察を受けていますか？	いいえ・はい	病院名：		
		診断名：		
⑤-1 喘息と言われたことはありますか？	いいえ・はい・小児喘息			
⑤-2 現在も治療中ですか？	いいえ・はい			
⑤-3 最後の発作はいつ頃ですか？	歳頃、あるいは 年 月			
⑤-4 痛み止め服用後に咳・息苦しさ・鼻閉・蕁麻疹などが 出たことがありますか？	いいえ・はい			
⑥ 現在服用中の薬はありますか？	いいえ・はい	薬剤名		
⑦-1 食品・薬剤・金属・ラテックス(天然ゴム)など、 アレルギーはありますか？	いいえ・はい	食品・薬剤・金属・ラテックス(天然ゴム)		
		食品名/薬剤名：		
		症状：		
⑦-2 症状が出たときに医療機関を受診しましたか？	いいえ・はい			
⑦-3 アレルギーの検査を受けたことがありますか？	いいえ・はい			
⑧ 今までに婦人科系の病気、または大きな病気や手術を した事がありますか？	いいえ・はい	診断名：		
		手術名：		
⑨ 喫煙についてお聞かせ下さい。	吸っていない 吸っている（ 本/日 ） 禁煙した（西暦 年 月頃から）			
⑩ 現在の飲酒についてお聞かせ下さい。	飲まない 週に（ 回） 量（ ml・合） 種類（ ）			
⑪ 現在仕事に就いていますか。	いいえ・はい	職業：		
⑫ ご主人（パートナー）についてお聞かせ下さい。 （※差し支えなければご記入下さい）	・氏名： 年齢： 歳 ・連絡先： ・職業：			

* ご記入ありがとうございました。受付までお持ち下さいますようお願い致します。

* 当院は、マイナ保険証を通した患者様の診療情報を取得・活用して、質の高い医療の提供に努めております。

（医療情報取得加算、医療DX推進体制整備加算の算定医療機関です。）

正確な情報の取得・活用のためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

* 診察の内容によって順番が前後することがございますが、ご了承下さいませ。

* 診察の順番になりましたら、アナウンスにてお呼び出し致します。しばらくお待ち下さいませ。