

# 問診票 1

年 月 日

フリガナ

〒

お名前

住所

電話番号 自宅

生年月日 T/S/H/R 年 月 日 年齢 歳

携帯

身長 cm 体重 kg BMI (※スタッフ記入)

(未成年の場合) 保護者様携帯

職業

①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

## ②本日はどうされましたか？

妊娠かどうか

不正出血

月経不順 ※過去6回の月経を直近の日から記入してください

① 月 日 ( 日間) ② 月 日 ( 日間) ③ 月 日 ( 日間)

④ 月 日 ( 日間) ⑤ 月 日 ( 日間) ⑥ 月 日 ( 日間)

月経痛

月経量が多い

月経前症候群

おりものが気になる ( 量 ・ 色 ・ におい ・ その他 : )

月経をずらしたい (月経をずらしたい期間 : 旅行 ・ 試験 ・ その他 )

ピルの相談 ( 避妊目的 ・ 月経痛改善目的 )

緊急避妊薬の希望

性感染症検査

子宮がん検診 ( 子宮頸がん ・ 子宮体がん )

外陰部の異常 ( かゆみ ・ 痛み ・ できもの ・ 腫瘍 ・ その他 : )

更年期症状 ( ほてり ・ 発汗 ・ イライラ ・ 不眠 ・ 抑うつ ・ その他 : )

尿漏れ

子宮筋腫 ・ 子宮腺筋症

卵巣嚢腫

ブライダルチェック ( スタンダード ・ スタンダード+採血 ・ プレミアム )

その他 ( 具体的にご記入ください : )

不妊症 ・ 習慣性流産の相談 → 問診表2の記入もお願いします

## ③月経について

・初めて月経があった年齢 ( ) 歳 ・月経が終わった年齢 ( ) 歳

・最終月経 : 月 日 ~ 日間

・月経周期 : 日周期 ・ 不順 ・ 月経量 : 多い ・ 普通 ・ 少ない

・月経痛 : 強い ・ ほとんどない ・ 周期によって様々

## ④結婚、妊娠、出産について

・結婚されていますか？ いいえ ( 婚約中 ・ 事実婚 )

はい 初婚 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 離婚 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

再婚 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

・性交渉の経験はありますか？ ( あり ・ なし )

裏面もご記入ください

・妊娠経験についてお答えください

ない

ある 妊娠（ ）回、分娩（ ）回、流産（ ）回、中絶（ ）回

年 月 日	分娩週数	出生体重	性別	分娩方法	母体・児の異常
年 月 日	週 日	g	男 女	経膣・帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膣・帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膣・帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膣・帝王切開	

**⑤過去に婦人科のがん検診を受けたことはありますか？**

子宮頸がん：ない ある（最終： 年 月 結果： ）

子宮体がん：ない ある（最終： 年 月 結果： ）

**⑥持病や、過去に入院や手術の経験はありますか？**

ない ある（ ）

**⑦アレルギーはありますか？喘息や花粉症をお持ちですか？**

ない ある（ ）

喘息 花粉症

**⑧現在服用している薬やサプリメントはありますか？**

ない ある（ ）

葉酸サプリを服用している方 →（商品名： ）

**⑨血のつながった方に以下の病気の方がおられますか？またどなたですか？**

・がん（ ） ・高血圧（ ）

・糖尿病（ ） ・心臓病（ ）

・遺伝病（ ） ・その他（ ）

**⑩飲酒、喫煙の習慣はありますか？**

飲酒：ない ある（飲酒量や飲酒頻度について： ）

喫煙：ない ある（1日 本） 禁煙した（禁煙前までの1日の本数と年数： ）

**⑪当院を受診したきっかけは？**

主治医の紹介（病院名： ）

インターネット 友人知人 看板 チラシ 近いから

その他（ ）

**⑫SACRA（サクラ）レディースクリニックを受診されたことはありますか？**

ない ある 診察券番号（わかれば） \_\_\_\_\_

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。  
いただいた個人情報は診療以外に使用することがございません。

# 問診票 2

年 月 日

夫：フリガナ

(奥様と住所が異なる場合は記入をお願いします)

夫：お名前

〒

電話番号 自宅

住所

携帯

生年月日 M/T/S/H/R 年 月 日 年齢 歳

身長 cm 体重 kg BMI (※スタッフ記入)

職業

①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

②今回受診された理由は？

妊娠しない：妊娠を希望された（避妊をしていない）のはいつからですか（ 年 月～）

性交渉の頻度 \_\_\_\_\_回/週 または \_\_\_\_\_回/月

性生活がうまくいかない

妊娠するが流産・死産となる

不育検査を希望する（流産を予防するために）

体外受精・顕微授精を希望

着床検査を希望する（着床障害を予防するために）

他院より紹介

その他（ ）

③風疹ウイルス抗体価を調べられたことはありますか？

妻：ない ある（検査結果： ）

夫：ない ある（検査結果： ）

④夫（男性パートナー）についてお尋ねします

1) 飲酒、喫煙の習慣はありますか？

飲酒：ない ある（飲酒量や飲酒頻度について： ）

喫煙：ない ある（1日 本） 禁煙した（禁煙前までの1日の本数と年数： ）

2) 持病や、過去に入院や手術の経験はありますか？

ない ある（ ）

3) アレルギーはありますか？喘息や花粉症をお持ちですか？

ない ある（ ）

喘息 花粉症

4) 現在服用している薬やサプリメントはありますか？

育毛剤や男性ホルモン剤の使用はありますか？

ない ある（ ）

育毛剤（薬品名： ） 男性ホルモン剤（薬品名： ）

5) 血のつながった方に以下の病気の方がおられますか？またどなたですか？

・がん（ ） ・高血圧（ ）

・糖尿病（ ） ・心臓病（ ）

・遺伝病（ ） ・その他（ ）

他院での治療歴がある方は、裏面へお進みください

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。  
いただいた個人情報は診療以外に使用することがございません。

