

問 診 票

記入日: _____

ID: _____

◇初めてまたは1年以上来院の無かったかたへ: お手数ですがご記入お願い致します◇

フリガナ				生 年 月 日			
氏 名				大・昭	年	月	日
				平・令	(西暦	年)	(歳)
住 所	〒		職業	身長			
				体重	cm		
本人携帯		本人以外の 連絡先		続柄(氏	名()

① 今日はどうされましたか?相談内容を記入して下さい

② 症状はいつからですか?

③ 最近の生理が始まった日を教えてください。

月 日から 日間 (閉経 歳) ・自然に閉経 ・手術後に閉経

④ 生理以外の不正出血はありますか? あり ・ なし

⑤ 子宮頸がん検診を受けたことがありますか?

いいえ ・ はい (年 月 日 / 異常なし ・ 経過観察 ・ 精密検査要)

⑥ 乳がん検診を受けたことがありますか? いいえ ・ はい

マンモグラフィ ・ 乳房超音波検査 (年 月 日 / 異常なし ・ 経過観察 ・ 精密検査要)

⑦ あなたの結婚・妊娠・出産について 現在結婚していますか? はい ・ いいえ

未婚 ・ 交際中 ・ 同棲中 ・ 初婚(歳) ・ 離別(年前) ・ 死別(年前) ・ 再婚(歳) ・ 女性パートナー

“はい”とお答えのかたは・・・↓

夫は現在 (歳) (健康 ・ 病気) ・ 死亡

・内診台での婦人科の検査を受けた事がありますか? (あり ・ なし)

・性交(セックス)の経験 (あり ・ なし)

↳ 【性交経験 “あり” とお答えのかた ⇒ 3ヶ月以内に性交はありましたか? (あり ・ なし)】

↳ 【3ヶ月以内の性交 “なし” とお答えのかた ⇒ 性交がない期間は()年 ()ヶ月】

・妊娠したことがありますか?	妊娠	回 / 出産	回 (自然分娩 ・ 帝王切開)
いいえ ・ はい →→	自然流産	回 / 人工中絶	回 その他(回)

⑧ お薬の副作用や食物アレルギーはありますか? いいえ ・ はい

“はい” とお答えの方 → (薬剤 食べ物)

裏面の記入もお願いします→→

⑨ 今までに病気や手術をしたことがありますか？ いいえ ・ はい
“はい” とお答えの方→ (いつ頃 病名)

⑩ 家族歴について なし ・ あり
血縁者のなかでガン・高血圧・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病など重い病気にかかった方はいますか
・病名()続柄() ・病名()続柄() ・病名()続柄()

⑪ 現在、お薬の使用はありますか？ ※①で同意した場合、直近1ヶ月以内の処方を除き記載を省略可
いいえ ・ はい → “はい” とお答えの方→(薬剤名:)

⑫ 嗜好品 ・たばこ (吸わない ・ 吸う (1日 約 本) ・喫煙歴(年)
・飲酒(飲まない ・ 飲む→ 週 (回) または月 (回)

⑬ あなたの現在の月経について *閉経後の方は記入不要
・初めての月経(初経)は？ ()歳
・月経周期は？ (順調 / 不順) (~)日周期
・月経は何日くらい続きますか？ ()日間
・月経の量は？ (多い(かたまり(cm大)が出る)・普通 ・ 少ない)
・月経痛は？ (なし ・ あり 下腹痛 ・ 腰痛 ・ その他())
・痛み止め内服しますか？ (なし ・ あり (計 回) 薬剤名())
・月経前に不快な症状はありますか？ (なし ・ あり: 月経(日前より)
頭痛・吐き気・嘔吐・倦怠感・腹痛 腰痛・イライラ・気分の落ち込み・その他()

⑭ 当院をどちらでお知りになりましたか？
・知人・身内などのすすめ(様) ・看板を見て ・インターネット
・新聞などを見て ・医療機関の紹介(病院名:) ・その他()

⑮ そのほかに、気になる点や聞きたいことがありましたらご記入ください。

⑯ 不妊治療希望のかた 治療歴はありますか？ あり ・ なし

⑰ 臨床研究目的にて、診療で得られた情報を個人が特定できない形で利用する場合があります 確認