

# ☆☆ 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			M・T	年	月 日
			S・H	(	歳)
住 所	〒		職 業	身長	cm
				体重	Kg
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)

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

結婚していますか？ はい ・ いいえ → 未婚・離別・再婚( 歳)・死別・その他( )

“はい”とお答えのかたは・・・↓

結婚( 歳) ・ 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 いいえ ・ はい  
 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？ いいえ ・ はい  
 “はい” とお答えの方 → ( 薬剤名 )

⑫ 嗜好品について  
 ・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 あなたの月経について  
 ・初めての月経(初経)は？ ( )歳  
 ・閉経年齢は？ ( )歳 ・自然に閉経 ・手術後に閉経  
 ・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: 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？  
 ・友人・知人のすすめ( 様 ) ・看板を見て ・インターネット  
 ・広告を見て ・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

※問診票で得た個人情報は、診療以外には使用致しません※