

# 〈問診票〉

平成 年 月 日記入

氏名 様 年齢 歳 ご職業 身長 cm 体重 kg

血液型： 型 Rh：+ -

1. 本日はどのようなことでご来院されましたか？  
(複数回答可、チェックしてください)

- 赤ちゃんがほしい
- 不正出血がある
- 月経異常について(月経痛・月経不順)
- 妊娠している、またはその可能性がある
- おりもの
- かゆみ
- 子宮頸がん検診
- その他 ( )

2. 月経についてお答え下さい。

- ・初経 才
- ・最終月経 月 日 ~ 月 日
- ・月経周期 順調 日型  
不順 日 ~ 日
- ・月経期間 日間
- ・月経痛について ( 強 ・ 弱 ・ 無 )  
→強い方はどのように対処していますか？  
(例；鎮痛剤 )
- ・月経の量について ( 多 ・ 普通 ・ 少 )  
→多い方は塊がでますか？ ( 有 ・ 無 )

3. アレルギー・体質についてお答え下さい。

- ・喘息はありますか？ ( 有 ・ 無 )
- ・食物アレルギー 有 (食品名 ) ・ 無
- ・薬物アレルギー 有 (薬品名 ) ・ 無
- ・その他アレルギー (例；花粉症、アトピー)  
有 ( ) ・ 無

4. 既往歴、現在の健康状態についてお答え下さい。

- 有 ( 歳 病状、病名 ) ・ 無
- ・現在、治療している病気はありますか？  
有 ( ) ・ 無
- ・風疹に罹ったことがありますか？ ( 有 ・ 無 )
- ・麻疹に罹ったことがありますか？ ( 有 ・ 無 )
- ・子宮頸がん検診 有 ( 年 月 ) 無
- ・今までに入院や手術をしたことがありますか？  
入院 歳 病名  
歳 病名  
手術 歳 病名  
麻酔の種類 (全身麻酔 ・ 局所麻酔)  
→麻酔によるトラブルはありましたか？  
有 ( ) ・ 無
- ・輸血をしたことがありますか？ ( 有 ・ 無 )

5. 性交についてお答え下さい。

- ・性交の経験がありますか？ ( 有 ・ 無 )
- ・性交痛がありますか？ ( 有 ・ 無 )
- ・避妊していますか？ 有 (方法 ) ・ 無

6. 妊娠についてお答えください。

- ・妊娠をしたことがありますか？ 有 ( 回 ) ・ 無
- ・出産をしたことがありますか？ 有 ( 回 ) ・ 無
- ・流産をしたことがありますか？ 有 ( 回 ) ・ 無
- ・人工妊娠中絶をしたことがありますか？  
有 ( 回 ) ・ 無

※妊娠の経験のある方は、今までの分娩やその他の妊娠について、以下に記入してください。

年月日： 週数： 週 性別：男・女  
妊娠経過：分娩・流産・中絶 出生体重： g  
妊娠中や分娩時の異常：  
病院名：

年月日： 週数： 週 性別：男・女  
妊娠経過：分娩・流産・中絶 出生体重： g  
妊娠中や分娩時の異常：  
病院名：

年月日： 週数： 週 性別：男・女  
妊娠経過：分娩・流産・中絶 出生体重： g  
妊娠中や分娩時の異常：  
病院名：

7. 生活習慣についてお答え下さい。

- ・喫煙をしますか？ 有 ( 本/日 ) ・ 無
- ・お酒を飲みますか？ 有 ( 毎日 ・ 時々 ) ・ 無
- ・現在、使用している薬はありますか？  
有 (薬品名 ) ・ 無

8. ご家族のご病気について、お答えください。

例) 糖尿病・高血圧・癌・アレルギー・遺伝的疾患など  
父；健康 ( )  
母；健康 ( )  
兄弟；健康 ( )

9. ご結婚についてお答え下さい。

未婚・既婚 ( 歳のとき )  
→既婚の方はお答えください。(同居・別居)  
離婚歴 有 ( 歳のとき ) ・ 無 死別  
結婚年月日 年 月 日  
ご主人のお名前 年齢  
身長 cm 体重 kg ご職業  
喫煙をしますか？ 有 ( 本/日 ) ・ 無

10. 当院を何で知りましたか？

かかりつけの先生からの紹介・友人から・ホームページ  
家族、親戚から・駅看板を見て・その他 ( )