

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 M/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)

①本日はどうされましたか？

職業

妊娠かどうか

不正出血

月経不順

月経痛

月経量が多い

月経前症候群（月経前にイライラや憂うつを認める）

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：）

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・腫瘤を触れる・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

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

②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 整/不整 ・月経量：多い 少ない

・月経痛：強い ほとんどない 周期によって様々

③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

結婚された年齢（ ）歳 現在のご主人の年齢（ ）歳

・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	経膈・帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈・帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈・帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈・帝王切開	

④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： ）

⑤持病や、過去に入院や手術の経験はありますか？

ない ある（ ）

⑥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

⑦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（ ）

⑧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（ ）

⑨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： ）

⑩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（ ）

⑪SACRA（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） _____

※ご記入いただいた個人情報 は診療以外に使用することはありません

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)

①今回受診された理由は？ 職業

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（ ）

②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： ）

③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

