



婦人科問診票

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

※ 下記太枠項目は必須事項になります。✓でチェックをお願いします。 初診日 年 月 日 ID

ふりがな	住 所				
氏 名	〒 -				
生 年 月 日				西暦 年 月 日 (満 歳)	
職 業					
連 絡 先	携帯番号 - - 自宅番号 () -	メールアドレス @			
緊急連絡先	氏名	連絡先 - -	続柄 ()		
	住所 〒 -				
※ 受診予約・検査その他、緊急を要する場合など、こちらから連絡する場合がございます。					
クリニックまでの通院時間 約 時間 分 交通機関 ()					
ご 紹 介 者	() ☐ 病院 ☐ 医師 ☐ 知人 ☐ クリニック				

1) 本日はどのようなことで来院されましたか

2) 月経について

・ 初潮 歳

・ 閉経 歳

・ 最終月経 月 日 ~ 日間

・ (その前の月経) 月 日 ~ 日間

・ 周期 (月経が始まった日から次の月経があるまで) ☐ 順調 (日周期) ☐ 不調 (日から 日)

・ 月経に伴い右記の症状はありますか ☐ 下腹部痛 ☐ 腰痛 ☐ 頭痛

・ 痛み止めを使用しますか ☐ はい ☐ いいえ

3) 結婚について

☐ 結婚 (西暦 年 月)

☐ 離婚 (西暦 年 月)

☐ 再婚 (西暦 年 月)

☐ 未婚 ☐ 未婚 (西暦 年 月結婚予定)

4) 妊娠・出産について教えてください

分娩年月日	性別	週数	出生体重	出産状態	妊娠合併症
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし

合併症があった方は記入をお願いします

5) あなたのことについてお尋ねします

・身長 _____ cm 体重 _____ Kg 血液型 _____ 型 (Rh + -)

・喫煙歴 ☐ なし ☐ あり (_____ 本/日 ・ 現在は吸っていない) ・性交渉経験 ☐ あり ☐ なし

・飲酒 ☐ なし ☐ 飲む (_____ 回/週 ・ 量 _____)

・今まで経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか

☐ 特に何もしない

☐ 喘息 (気管支喘息・小児喘息・ 最終発作 _____ 年 _____ 月頃 ☐ 吸入機使用した) ☐ 咳喘息

☐ 子宮筋腫 ☐ 子宮内膜症 ☐ 卵巣のう腫 (チョコレートとう腫、デルモイド等) ☐ 腺筋症

☐ がん _____ (_____) 歳の時

☐ てんかん (内服薬 _____ 最終発作 _____ 年 _____ 月頃)

☐ 糖尿病 (内科受診中) ☐ 高血圧 (内科受診中) ☐ 消化器疾患 (_____)

☐ 甲状腺疾患 (機能亢進症 ・ 機能低下症) ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病

☐ 精神疾患 (_____)

☐ 感染症 (HIV 梅毒 B型肝炎 C型肝炎) ☐ その他 (_____)

・輸血が必要になった場合に輸血を受けることを ☐ 了承する ☐ 了承しない

・手術の経験 _____ 主な病気 _____ 手術名 _____ (_____) 歳の時

・風疹抗体検査を受けたことがありますか ☐ ある _____ 年 _____ 月 ☐ ない

・内服中のお薬やサプリメントはありますか _____ 薬品名 _____

・下記のアレルギーはありますか ☐ なし ☐ あり

「あり」の方 → ☐ ピーナッツアレルギー ☐ 卵アレルギー ☐ 大豆アレルギー ☐ ラテックスアレルギー

・注射や内服薬で副作用・蕁麻疹やかゆみを経験したことはありますか ☐ なし ☐ あり (下記に記入をお願いします)

注射・薬品名

6) ご主人さまの健康状態についてお尋ねします

・喫煙歴 ☐ なし ☐ あり (_____ 本/日 ・ 現在は吸っていない) ・身長 _____ cm 体重 _____ Kg

・病歴 _____ (主な病気 _____ (_____) 歳の時)

7) ご家族(血縁)に病気の方はいますか 続柄 (_____)

☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 血液疾患 ☐ がん ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 心臓病 ☐ 甲状腺疾患 ☐ 膠原病

☐ その他 (_____)

ご記入ありがとうございました。