

ふりがな			住所	〒
お名前				
生年月日	西暦	年 月 日(歳)	ご自宅	自宅tel ()
ご職業		未婚 既婚(年 月)婚約中	携帯	()

- 1 直近の生理がはじまった日【 年 月 日～】 前々回の月経開始日【 年 月 日～】
閉経【 】才 授乳中【いい はい】 初潮【 】才
- 2 生理周期【 ~ 】日周期 【順 不順】(周期とは生理が開始した日から次の生理が始まる前日までの期間です)
- 3 生理痛【なし あり 強い】 生理前の症状(PMS)はありますか?【なし 腹痛 腰痛 頭痛 いらいら 落ち込み】
- 4 妊娠したことはありますか?【いい はい 回妊娠 回出産】

①	年 月	(流産・中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・正常経腔分娩・帝王切開)	()g	男・女	健・否	()
②	年 月	(流産・中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・正常経腔分娩・帝王切開)	()g	男・女	健・否	()
③	年 月	(流産・中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・正常経腔分娩・帝王切開)	()g	男・女	健・否	()
④	年 月	(流産・中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・正常経腔分娩・帝王切開)	()g	男・女	健・否	()
⑤	年 月	(流産・中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・正常経腔分娩・帝王切開)	()g	男・女	健・否	()

妊娠中やお産、お子さんに異常はありませんでしたか?特に次の妊娠時に注意するよう言われた事はありますか?

- 【なし / あり: 例:妊娠高血圧、切迫早産、多量出血、分娩時間が早かったなど】
- 5 性交渉(セックス)の経験はありますか?【いい はい 不明】
- 6 ぜんそくの有無【なし 通院中 小児ぜんそく既往】 アレルギー【なし / あり: 】
- 7 持病や現在通院中の病気はありますか?【なし / あり: 】
- 8 現在飲んでいるお薬【なし / あり: 】
- 9 過去に大きい病気や手術をしたことがありますか?【なし / あり: 】
- 10 血縁のご家族で大きな病気(がん、糖尿病、高血圧等)になった方はいますか? ある場合は病名と続柄をお書きください
【なし /あり: 】
- 11 飲酒【 回/週 】 喫煙【1日 本】 【身長 cm/体重 kg】 BMI【スタッフ記入: 】
- 12 輸血歴【有 無】 緊急時、輸血を受けることを【拒否しません 拒否します(理由:)】

本日受診された目的について○をつけてください ※は別の問診票、または説明用紙がございますので受付にお声かけください。

育児希望	いつ頃から希望でしたか?【	】	不妊スクリーニング希望【有 無】	習慣流産スクリーニング希望【有 無】
妊娠検査陽性※	更年期症状※	子宮脱	骨粗しょう症	いつ頃から【
避妊ピル※	緊急避妊(アフターピル)※	生理日変更※	避妊リング	
子宮がん検診※	乳がん検診	ブライダルチェック※	性病検査	子宮筋腫 卵巣のう腫 子宮内膜症 ポリープ切除
美容皮膚【にきび 脱毛※ 肌質改善※ プラセンタ】	禁煙外来	乳腺エコー	漢方希望	
生理について	いつ頃から【	】	【来ない 止まらない 不順である 量が多い 量が少ない】	
生理痛の治療希望	月経前困難症(PMS)の治療希望	生理痛を抑えるピル希望※	漢方希望	
不正出血	いつ頃から【	】	量【多い 少ない】	
下腹部・腰の痛み	いつ頃から【	】	位置【右 真ん中 左 全体】	痛み【常に 時々 増悪している】
かゆみ・おりもの・できもの	いつ頃から【	】	【多い 臭いが気になる かゆい 痛い 痛痒い 陰部の腫れ 性病が心配】	
膀胱炎症状	いつ頃から【	】	症状【夜2回以上トイレに行く 排尿時の痛み 残尿感がある】	
その他【				】

- 13 1年以内に子宮頸がん検診を受けていますか?【いい はい: 年 月】
- 14 半年以内に内科または人間ドックでの健康診断を受けていますか?【いい はい: 年 月】
- 15 パートナーについてお尋ねします 年齢【 歳】 ご職業【 】持病や既往歴(感染症なども)【 】
- 16 当院を受診されたきっかけ インターネット・看板【駅 入口 電柱】ご紹介【 様】その他【 】