

紹介状  
あり・なし

# 問診表

記入日 西暦 年 月 日  
カルテ番号 ( )

フリガナ		生年月日 <sup>西暦</sup>	年	月	日	年齢	歳
名前		身長	cm		体重	kg	
住所	(〒 - )	電話 番号	自宅				
			携帯				

▼本日来院された理由を○で囲んでください。

熱 (あり・なし)
↳ ( ) °C

- (1) 妊娠  
妊娠検査薬(+・-)( )月 日)・未使用・他院にて診断  
分娩希望( 当院・他院(病院名: )・未定 ) 中絶( 希望・迷い中 )
- (2) 子宮がんの検査(券: あり・なし)
- (3) 不正出血 (いつから: ) (量: 多・中・少)(どのくらい: ) 日続く)
- (4) 下腹部痛・腰痛(いつから: ) (強・弱)(どのくらい: ) 日続く)
- (5) 月経の異常(月経が来ない・月経が多い・月経が止まらない)
- (6) おりものの異常(赤・ピンク・褐色・黄色・白) 量(多・中・少) におい(あり・なし)
- (7) 外陰部の異常(かゆみ・痛み・できもの・しみる)
- (8) 子宮筋腫・卵巣のう腫のチェック  
最初に診断されたのは西暦 年 月  
最後に診断されたのは西暦 年 月 (大きさ cm)
- (9) 検診で異常を指摘された (内容: ) ・わからない)
- (10) 更年期障害(のぼせ・めまい・いらいら・だるい・不眠・その他)
- (11) ブライダルチェック ・ 性感染症検査
- (12) 不妊治療の相談(他院の検診: あり・なし)
- (13) 月経をずらしたい( 月 日～ 月 日の間を避けたい)
- (14) 避妊の相談(ピル・アフターピル・ミレーナ・子宮リング・その他)
- (15) 子宮が下がっている (17) 乳房(右・左・両側)脇の下 痛み(あり・なし)・しこり(あり・なし)
- (16) 残尿感・排尿痛・血尿 (18) その他( )

▼具体的な症状やご質問などがある方は、ご記入ください。

▼性交渉(セックス)の経験はありますか (はい・いいえ)

▼月経について

- ・一番最近の月経がはじまったのは(西暦 年 月 日～ 日間)
- ・いつもと同じ量でしたか( はい・いいえ )
- ・月経周期は(順調 ～ 日周期・不順)
- ・月経の量は(多い・普通・少ない)かたまり(あり・なし)貧血指摘(あり・なし)
- ・月経痛は(ない・ある)(腹痛・下腹部痛・頭痛・その他 )  
⇒鎮痛剤を使用(しない・する)(月経 日目～ 日間、1日 回使用)
- ・初潮( 歳頃)閉経( 歳頃)

スタッフ記入欄 ( w d)( / )
------------------------

▼妊娠・出産について 妊娠( 回)・分娩( 回)・流産( 回)( 週)・中絶( 回)

	分娩年月(西暦)	出生体重	週数	妊娠経過(入院・内服)	分娩方法	帝王切開理由	分娩施設
1	年 月	g	週	正常・( )	正常・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急)		
2	年 月	g	週	正常・( )	正常・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急)		
3	年 月	g	週	正常・( )	正常・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急)		
4	年 月	g	週	正常・( )	正常・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急)		

妊娠中の異常は (ない・ある) 切迫流産・切迫早産・妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・12週以降の死産  
分娩時多量出血 ・ その他( )

①	2年以内に子宮頸がん検診を受けましたか？	いいえ ・ はい	西暦 年 月頃
②	現在他院にて診察を受けていますか？	いいえ ・ はい	施設名： 診断名：
③	現在服用中の薬はありますか？	いいえ ・ はい	薬剤名：
④	食品・薬剤・金属・ラテックス(天然ゴム)などアレルギーはありますか？	いいえ ・ はい	食品・薬剤・金属・ラテックス 食品/薬名： 症状：
⑤	喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症と診断されたことはありますか？	いいえ ・ はい	喘息(最終発作:西暦 年 月頃) アトピー性皮膚炎(治療中・治癒: 歳に治療) 花粉症( 歳から:点眼薬・点鼻薬・内服薬使用)
⑥	今までに産婦人科系の病気を指摘されたことはありますか？	いいえ ・ はい	診断名： 経過観察・治療中・手術後
⑦	今までにかかった病気や手術をしたことはありますか？ 高血圧・糖尿病・緑内障・心臓病・血栓症・脂質代謝異常・ 甲状腺・肝臓病・腎臓病・てんかん・膠原病・消化性潰瘍・ 悪性疾患・(B型肝炎・C型肝炎 / 治癒・治療中)	いいえ ・ はい	診断名： 手術名：
⑧	今までに精神科、心療内科、カウンセリングを受診されたり、内服治療されたことがありますか？	いいえ ・ はい	診断名： 治療：
⑨	今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい ・ わからない	時期： 歳頃
⑩	血縁者で子宮がん、卵巣がん、乳がんの方はみえますか？ (両親・兄弟姉妹・祖父母等)	いいえ ・ はい	続柄： ( 歳頃) 診断名：
⑪	⑩の他に血縁者で病気の方はみえますか？(高血圧、糖尿病、 血栓症、脳卒中、不整脈、突然死、遺伝性疾患等)	いいえ ・ はい	続柄： 診断名：
⑫	喫煙についてお聞かせください。	吸っていない 吸っている( 本/日) 禁煙した(西暦 年 月頃から)	
⑬	現在の飲酒についてお聞かせください。	飲まない 飲んでいる(週 回、量 ml、種類 )	
⑭	現在、結婚していますか？	いいえ ・ はい	初婚( 歳)再婚( 歳) 結婚予定(なし・あり)
⑮	現在、働いておられますか？	いいえ ・ はい	職業：
⑯	ご主人(パートナー)についてお聞かせください。	氏名： 年齢： 歳 電話番号： 職業： 喫煙： 吸っていない ・ 吸っている	
⑰	不妊治療の相談の方はお聞かせください。 積極的に妊娠をお考えになられたのは、いつからですか？	結婚：西暦 年 月頃 西暦 年 月頃	
⑱	基礎体温をつけていますか？	いいえ ・ はい	持参：なし ・ あり
⑲	信仰されている宗教で治療や入院生活で希望される内容はありますか？	いいえ ・ はい	( 教) 内容：
⑳	緊急連絡先(ご主人・パートナー以外)	氏名： 続柄： 電話番号：	

ご記入ありがとうございます。受付までお持ちくださいますようお願いいたします。

当院のプライバシーポリシーに基づき個人情報を取り扱わせていただきます。

[https://tiara-womens.com/clinic\\_policy/](https://tiara-womens.com/clinic_policy/)

診察の順番になりましたら、待合室のモニター画面にて、診察券番号でお呼び出し致します。

お呼び出しするまで、しばらくお待ち下さいませ。

診察の内容によっては順番が前後することがございます。ご了承下さいませ。