**問　診　票**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| （ふりがな）お名前：　　　　　　　　　　　　　　生年月日：昭和・平成　　年　　月　　日（　　　歳）ご住所：〒　　-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご職業：　　　　　電話番号（自宅）：　　　（　　　　　）　　　　　　　　　身長：　　　　㎝　　体重：　　　　㎏電話番号（携帯）：　　　（　　　　　）　　　　　　　　　血液型：　　型 [Rh( )］配偶者の有無：（あり・なし） 喫煙：（なし・あり⇒　　本/日×　 年）　パートナーの喫煙：（なし・あり） |

**【1】過去に当院を受診したことはありますか？**⇒　（なし・あり［平成・令和　　年頃］）

**【2】今回、当院を受診された理由はどのようなことですか？**

⇒① 妊娠（妊娠検査薬で確認済み ・ 検査薬はまだ確認していない ・ すでに他院で診てもらっている）

　② 避妊薬の希望（ 初めて ・ 内服したことあり ）⇒（ 避妊目的 ・月経痛などの緩和目的 ）

　③ アフターピル（緊急避妊薬）の希望　　④ 月経日を移動したい　 ⑤ 子宮がん検診

　⑥ 何らかの症状がある⇒内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**【3-1】いちばん最近の月経(生理)はいつからですか？**⇒　　月　　日より　　日間〈閉経後の場合；　　歳で閉経〉

**【3-2】ふだんの月経周期**：（ 順調 ・ 不規則 ）：およそ　　　日周期

**【3-3】ふだんの月経の量**：（ 多い・普通・少ない ・ わからない ）

**【3-4】**（※妊娠で受診された方）**排卵日**がわかればご記載ください→ 月 日（基礎体温・検査薬・アプリ予測）

**【4-1】これまでに妊娠や出産をしたことはありますか？**⇒（なし・あり[妊娠：　　回、出産：　　回]

**【4-2】**（※妊娠以外で受診された方）**性交の経験はありますか？**⇒（なし・あり）

**【5-1】過去に何らかの病気にかかったことはありますか？**⇒（なし・あり）

　⇒①ぜんそく　②不整脈/心臓病　③血栓症　④消化器・胃腸系の病気　⑤糖尿病　⑥膠原病　⑦腎臓病

　⑧甲状腺疾患　⑨婦人科の病気　⑩血液の病気　⑪精神疾患/てんかん　⑫ヘルニア　⑬その他の病気

**【5-2】病名と罹った時期をお書きください。**⇒（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　/時期　　　　歳頃）

**【5-3】手術を受けたことはありますか？**⇒（なし・あり[内容：　　　　　　　　　　　　　/時期：　　　歳頃]）

**【5-4】輸血を受けたことはありますか？**⇒（なし・あり[理由：　　　　　　　　　　　　　/時期：　　　歳頃］）

**【5-5】精神科・心療内科にかかったことはありますか？**⇒（なし・あり[病名：　　　　　　　/時期：　　　歳頃]）

**【5-6】あざができやすい、血が止まりにくい、月経血がかなり多いなどの経験はありますか？**⇒（なし・あり）

**【6-1】薬のアレルギーはありますか？**⇒（なし・あり）[薬品名；　　　　　　　　　　症状；　　　　　　　　]

**【6-2】 食べ物のアレルギーはありますか？**⇒（なし・あり）[食品名；　　　　　　　　　　　症状；　　　　　　　]

**【6-3】ゴム製品やラテックス製品のアレルギーはありますか？**⇒（なし・あり）[症状；　　　　　　　　　　　]

**【6-4】消毒用アルコールのアレルギーはありますか？**⇒（なし・あり）[症状；　　　　　　　　　　　　　　　]

**【7-1】今までに下記の感染症に罹ったことはありますか？**

　　　⇒風疹・はしか・おたふくかぜ・水ぼうそう・帯状疱疹・性器ヘルペス・梅毒・淋病・クラミジア・結核

**【7-2】下記の感染症の予防接種を受けたことはありますか？**

　　　⇒①受けた（風疹・はしか・おたふくかぜ・水ぼうそう・B型肝炎）　②おぼえていない

**【7-3】現在、服用中の薬はありますか？**⇒（なし・あり[薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]）

**【8】ご家族で次の病気に罹っている方はいますか？**⇒（ 高血圧・血栓症・糖尿病・遺伝性疾患 ）

**※以下の質問【9-1・2】は、質問【2】で①（妊娠）に○を付けた方のみお答えください。**

**【9-1】出産するかどうか、またどこで出産するかは決めていますか？**

⇒①出産希望（ 当院 ・ 他院 ・ 里帰り ・ 施設は未定 ）　②出産しない（中絶希望）　③未定

**【9-2】過去に妊娠のご経験のある方は、以下の表にそれぞれの妊娠の経過をお書きください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年月 | 妊娠経過 | 週数 | 児体重 | 出血量 | 施設名 |
| 1 | 　年　月 | 分娩（正常・吸引/鉗子・帝王切開）・流産・中絶・その他 | 　　週 | 　　　g | ml |  |
| 2 | 　年　月 | 分娩（正常・吸引/鉗子・帝王切開）・流産・中絶・その他 | 　　週 | 　　　g | ml |  |
| 3 | 　年　月 | 分娩（正常・吸引/鉗子・帝王切開）・流産・中絶・その他 | 　　週 | 　　　g | ml |  |
| 4 | 　年　月 | 分娩（正常・吸引/鉗子・帝王切開）・流産・中絶・その他 | 　　週 | 　　　g | ml |  |

**※妊娠中や出産時に異常があった場合は下記にお書きください。**

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

以上です。ご記入ありがとうございました。