

赤川クリニック 問診票

年 月 日

フリガナ お名前	ご職業		
	仕事内容・勤務時間		
生年月日【西暦】	年 (S・H 年)	月 日 歳	身長 cm 体重 kg
ご住所 (〒 -)			電話番号
			携帯番号
ご実家の住所		(様方)	電話番号

1. 本日の診察理由 (あてはまる項目に○をお書きください)

- 1) 妊娠の検査 ① 今回の妊娠に関して、出産のご予定 [あり ・ なし]
 ② 当院分娩希望 [あり ・ なし ・ 未定]
- 2) 子宮がん検診 3) 乳がん検診 4) 不妊 5) 腫瘍 (子宮筋腫・卵巣のう腫・その他)
 6) 出血 7) 月経の異常 8) かゆみ 9) おりもの 10) 下腹部の痛み
 11) ピルの相談 12) 緊急避妊 13) その他 ()

2. あなたの月経 (生理) について

- 1) 一番最近の月経はいつでしたか? 年 月 日から 日間
 2) 初めて月経 (初潮) があつたのはいつでしたか? 歳
 3) 普段の月経周期 (月経が始まった日から、次の月経の前日までの日数) 日周期 順調 ・ 不順
 4) 普段の月経はどのくらい続きますか? 日間
 5) あなたの月経の量は 少ない ・ 普通 ・ 多い
 6) 月経の時に痛みがありますか? いいえ ・ はい
 7) 閉経された方は、おいくつの時でしたか? 歳

3. セックスの経験はありますか?

いいえ ・ はい

- 1) 「はい」と答えられた方、痛みはありますか?

いいえ ・ はい

4. ご結婚されていますか? あてはまるものにチェックと年齢をご記入ください

未婚 同棲 歳 初婚 歳 離婚 歳 再婚 歳 死別 歳

5. 今までの妊娠と出産について

妊娠の経験がありますか?

いいえ ・ はい

	出産年月日	出産時 年齢	出産時 週数	妊娠経過					お産					出生時 体重	性別		特記事項
				正常	流産	子宮外妊	胎奇	人工中絶	正常	逆子	吸引	帝王切開	大量出血		男	女	
1	年 月 日	歳	週											g			
2	年 月 日	歳	週											g			
3	年 月 日	歳	週											g			
4	年 月 日	歳	週											g			

6. 今までにかかった病気や、受けた手術についてお聞きします

- 1) 薬や食べ物でアレルギー反応が出たことがありますか？ いいえ ・ はい
「はい」と答えた方()
- 2) アレルギー性疾患はありますか？ いいえ ・ はい
① 喘息 歳 ② アトピー性皮膚炎 ③ アレルギー性鼻炎 ④ 花粉症
⑤ その他 ()
- 3) 輸血を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい
- 4) かかられた病気や、受けた手術はありますか？ いいえ ・ はい
「はい」と答えた方は、具体的な内容を下の表にご記入ください

年月日	年齢	病名	手術名	施設名
年 月				
年 月				
年 月				

7. あなたのご家族（血縁者）についてお聞きします

- 1) あなたの両親、きょうだい、祖父母、おじ、おばの中に、持病のある方はおられますか？
例：がん、心疾患、糖尿病、高血圧

- ① 実父 健康 病気 ()
- ② 実母 健康 病気 ()
- ③ こども 健康 病気 ()
- ④ 配偶者（パートナー） 健康 病気 ()
- ⑤ その他 ()

- 2) 配偶者（パートナー）についてお聞きします

フリガナ お名前	現在 歳	ご職業 仕事内容・勤務時間
血液型 型 Rh ()	身長 cm 体重 kg	携帯番号
喫煙されますか？	いいえ ・ はい (1日 本 年間)	

8. あなたの普段の生活についてお聞きします

- 1) 飲酒されますか？ いいえ ・ 以前飲んでいて ・ はい (どれくらい:)
- 2) 喫煙されますか？ いいえ ・ 以前吸っていた ・ はい (1日 本 年間)
- 3) 日常的に運動をされますか？ いいえ ・ はい (内容:)

9. ペットを飼っていますか いいえ ・ はい (種類:)

10. 現在困っていること、相談したいことがありましたらご記入ください

()