

外 来 問 診 票

氏 名		年 齢	歳	ご職業	
身 長	c m	体 重			k g

下記の質問に答えて受付にお渡し下さい。

1. どうなさいましたか？（あてはまるものに○印をつけて下さい）

出血・腹痛・おりもの・外陰のかゆみ又は痛み・生理不順・月経痛・生理をずらす
 避妊（ピル・リング）・ブライダルチェック・尿が近い・のぼせ・いらいら
 癌検診希望（乳癌・子宮癌・大腸癌）・肝炎ウイルス検診・緊急ピル
 更年期・子供が出来ない(不妊)・風疹ワクチン・子宮頸がんワクチン
 妊娠の疑い・・・自分で検査した（ 月 日）
 他病院で検査した（ 月 日）（医療機関名： _____）
 検査していない

今回、妊娠の時は出産予定ですか（はい・いいえ・考え中）

※『はい』（出産予定）とお答えの方・・・出産場所は（ 当院希望・他院・未定 ）

上記の症状は、いつからありますか？（ 年 月 日から）
 その他（ _____ ）

スタッフ記入欄

2. 最近、子宮癌の検査を受けられたのはいつですか？

（ 年 月 実施した）・・・結果（ 異常なし・あり ）

受けたことがない

3. あなたの月経についてお答えください。

初経（ 歳），閉経（ 歳）

最近、最後の月経はいつでしたか？

年 月 日から 日間（その前の生理は、 年 月 日から 日間）

月経周期は 日型、毎月（早くなる・遅くなる） 日間

月経で気になる事がありますか？（ _____ ）

スタッフ記入欄

4. 性交（セックス）の経験がありますか？（はい・いいえ）

5. 結婚されていますか？（いいえ・はい 年 月 結婚(予定)）（ 初婚・再婚 ）

ご主人は（年齢 歳），（ 初婚・再婚 ），健康ですか？（はい・いいえ）

6. 妊娠された事がありますか？（はい・いいえ）

出産 回，最後の出産は 年 月 出産場所（ _____ ）

正常分娩でしたか？（はい・いいえ）

自然流産 回，人工妊娠中絶 回

7. 今までにかかった病気がありますか？（はい・いいえ）

高血圧・糖尿病・心臓病・うつ病・パニック障害・過換気症候群・喘息・小児喘息（最後 歳）

その他（ _____ ）

8. 手術された事がありますか？（はい・いいえ）

盲腸・帝王切開・子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮外妊娠・乳癌・豊胸手術

その他（ _____ ）

9. 今、治療を受けている病気がありますか？（はい・いいえ）

病名： _____ いつから： _____ 病院名： _____

10. 今、服用されている薬はありますか？（ない・ある）

ある場合（薬品名： _____ ）

11. 薬・注射・食べ物のアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

何のアレルギーですか？（ _____ ）

※ この問診票は、患者様自身の医療サービス提供のために利用いたします。

※ 妊娠、出産及び不妊症(一部保険診療)に関する診察は自由診療（自費）となります。