

カルテ番号

記入日 西暦

年

月

日

当日体温

問診票

ふりがな		男・女	生年月日	西暦		
氏名				年	月	日生 (歳)
住所	〒					
電話番号	自宅 ()		携帯 ()			
E-MAIL						
職業		身長 / 体重	cm	kg		
アレルギー	薬、食物、金属など		喫煙	吸わない	飲酒	
	喘息(有・無)		1日	本吸う	毎日・週に 日	
			年前にやめた	飲まない		

1. 長期間飲んでいた薬や現在飲んでいる薬はありますか？(内服期間も記入して下さい)

2. 大きなけがや病気をされたことや、現在治療中の病気はありますか？(治療期間も記入して下さい)

3. これまでに入院、手術、輸血をされたことはありますか？(いつされたかも記入して下さい)

4. ご家族で病気の方はいらっしゃいますか？(例 母:子宮筋腫・子宮内膜症)

(高血圧・糖尿病・高脂血症・狭心症/心筋梗塞・脳出血/脳梗塞・癌・遺伝性疾患など)

5. 当クリニックを最初にお知りになったのは？

院長が以前主治医だった 知人()様の紹介

Qlife 病院ナビ 産婦人科デビュー.com Caloo インスタグラム

google からホームページ yahoo からホームページ その他()

産婦人科問診票

初潮	才	閉経	才	一番最近の月経	月	日～	日間
月経周期	整 (日周期) ・不整 (日～ 日)			持続期間	日間		
出血量	少・普通・多 (2～3日目のみ多い・3日目以降でも血の塊が出る)						
生理痛	無・我慢できる・薬を飲む・寝込む・排便痛もある (薬:)						
その他の症状	腰痛・頭痛・吐き気・嘔吐・だるい・眠い・イライラ・情緒不安定・その他 ()						
月経前の症状	(月経 日前～) 腰痛・頭痛・吐き気・嘔吐・だるい・眠い・イライラ・情緒不安定・その他						

1. 性交の経験はおありですか？ (無 ・ 有)

2. 産婦人科での内診(経腔的診察)の経験はおありですか？ (無 ・ 有)

3. 子宮癌検診は受けたことはありますか？(無 ・ 有)

有りの場合 (最終検診の日付と結果はどうでしたか?) 年 月 日
(異常なし ・ 異常あり)

4. ピル(ホルモン剤)や生理を止める薬を使用したことはありますか？(無 ・ 有)

5. 結婚されていますか？(未婚 ・ 既婚 ・ 結婚歴あり) ご主人 ()才 (健康 ・ 持病あり)

結婚時期 年 月 日

妊活開始時期 年 月

6. 妊娠されたことがある方は、下記の表をご記入下さい。

年齢	妊娠の経過 (○をつけて下さい)				週数	分娩形式 (○をつけて下さい)				性別・体重	帝王切開の理由 ・ 産後の経過
	正常	流産	中絶	子宮外妊娠		経腔分娩	無痛分娩	帝王切開	緊急帝王切開		
										男・女 g	
										男・女 g	
										男・女 g	
										男・女 g	
										男・女 g	

5. 本日いらした理由をお聞かせください。
