
産科・婦人科 みずとりクリニック

問診票

Maternity and Women's Mizutori Clinic

プライバシー保護のために閉じてお待ち下さい。

<診察をお受けいただく前に以下のことをお教え下さい。>

フリガナ

お名前 _____ 様 生年月日 明・大・昭・平 ____年__月__日 () 才

身長 _____ cm 体重 _____ kg ご職業 ()

ご自宅住所 〒 _____ ご自宅電話番号 _____ ()

その他住所 〒 _____ その他電話番号 _____ ()

1: 現在妊娠されている可能性はありますか? ○を付けてお教えてください。

- ・ はい ・ いいえ ・ わからない

2: 本日はどのようなことで受診されますか? ○を付けてお教えてください。

1) 妊娠について

① 妊娠反応を調べてほしい。 [自費]

② 妊娠反応を ____月__日に調べて (陽性・陰性) だった。

<陽性の方にお伺いします。>

- a 当クリニックでの出産を希望する。
b 他院で出産を希望する。
c 当クリニックでの出産か他院で出産か検討中
d 妊娠を継続するかどうか検討中。
e 妊娠の継続を希望しない。

③ 妊婦健診を希望する。 (妊娠 14 週以降の方) [自費]

出産予定日 ____年__月__日 妊娠前の普通の体重 _____ kg

[クリニック記載欄] 最終月経から ____週__日 仮の出産予定日 ____年__月__日

確定出産予定日 ____年__月__日 確定妊娠週数 ____週 __日

<妊娠反応陽性の方>

- ① つわり症状はありますか? はい (/ より) / いいえ
② 不正性器出血はありますか? はい (/ より) / いいえ
③ 下腹部痛はありますか? はい (/ より) / いいえ
④ 他院を受診されましたか? はい (/ :) / いいえ

④で“はい”の方は下記をお答え下さい。

○ 本日紹介状はお持ちですか? はい / いいえ

○ 他院で血液検査などされましたか? はい / いいえ

- 2) 子宮頸ガン検査を希望する。 (① クーポン券診療のみ希望 ② 保険診療希望)
3) 子宮体ガン検査を希望する。
4) 不正な出血がある。(____月__日ごろから)
5) 月経に異常がある。(・月経の痛みが強い・月経の量が多い・月経がばらばら)
6) 下腹部が痛い。
7) おりものが気になる。(・量が多い ・においが気になる)
8) 外陰部にかゆみがある。(____月__日ごろから)
9) 更年期障害の症状がある。
10) 子供がほしい (不妊症の治療を受けたい)。
11) 避妊の相談をしたい。 [自費]
12) 子宮筋腫の定期検診を受けたい。
13) 婦人科の定期検診を受けたい。(____ヶ月検診)
14) 性病の検査を受けたい。 [自費]
15) その他 (ご自由にお書きください。)

3: あなたの月経についてお教えてください。

- 1) 初めての月経（初経）はいつからありましたか？ _____才から
- 2) 閉経されている方はいつ閉経されましたか？ _____才のとき
- 3) 一番最近の月経についてお教えてください。
 - ① いつから始まりましたか？平成____年____月____日 から ____月____日まで
 - ② いつもと同じ ・ いつもより（・多かった・少なかった・長かった・短かった）
- 4) 普段の月経周期はどうですか？（・規則正しい____日型 ・不規則）
- 5) 月経の量はどうですか？（・普通 ・多い ・少ない）
- 6) 月経の痛みはどうですか？（・なし ・あり）
（・鎮痛剤を飲む_____ ・鎮痛剤でもおさまらない）

4: 今までに妊娠の経験はありますか？ はい / いいえ 妊娠____回、分娩____回

| 西暦 年 月 日 | 妊娠の内容 | 児体重 | 性別 | 帝切・経産 | 分娩週数 | 分娩時間 | 分娩異常の有無 | 病院名 |
|-------------|----------|-----|-----|-------|------|------|---------|-----|
| 年 月 日 | 分娩・流産・中絶 | g | 男・女 | 帝切・経産 | 週 | 約 時間 | 有・無 | |
| 年 月 日 | 分娩・流産・中絶 | g | 男・女 | 帝切・経産 | 週 | 約 時間 | 有・無 | |
| 年 月 日 | 分娩・流産・中絶 | g | 男・女 | 帝切・経産 | 週 | 約 時間 | 有・無 | |
| 年 月 日 | 分娩・流産・中絶 | g | 男・女 | 帝切・経産 | 週 | 約 時間 | 有・無 | |

5: 今までに病気にかかれたり、手術を受けられたことはありますか？ はい / いいえ

（例）喘息、高血圧、糖尿病、腎臓病、甲状腺の病気、心臓病、盲腸の手術、てんかん など

| かかれた年令（才） | 病名または手術名 | 病院名 |
|-----------|----------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |

- 6: お薬のアレルギーはありませんか？ ・なし ・あり（薬品名 _____）
- 7: 食物アレルギーはありませんか？ ・なし ・あり（食物名 _____）
- 8: 現在飲んでおられる薬はありませんか？ ・なし ・あり（薬品名 _____）
- 9: 次のものを嗜好されますか？
たばこ（ _____本/日） お酒（ _____/日）

10: あなたの結婚歴についてお教えてください。

- 1) ・未婚 ・既婚（ _____）才で結婚 ・結婚予定 ・離婚（ _____）才で
- 2) あなたの夫の健康状態は？ ・良好 ・不良（ _____）
- 3) あなたの夫のご職業は？（ _____）

11: あなたの血縁家族のご病気についてお教えてください。

- 1) 次の病気にかかれた方はおられますか？
・高血圧 ・糖尿病 ・がん ・結核 ・その他（ _____）
- 2) それはどなたですか？（ _____）

ありがとうございました。診察まで今しばらくお待ちください。