

# 問診票

診察上、大切な情報となります。ご記入にご協力ください。知り得た情報は、大切に保管させていただきます。

ふりがな	昭和、平成、令和	年	月	日生 ( 歳)
お名前	様 職業 ( )			
〒	自宅	-	-	
ご住所	携帯	-	-	
※ 国籍	日本・他( )	※ 言語	日本語・他( )	

◎ 当該医療機関は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

- 1 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい・いいえ  
2 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい・いいえ

3 本日はどうなさいましたか？ 該当箇所○  
妊娠確認 ( 当院で分娩希望・他院で分娩希望 ) 中絶希望、里帰り相談 → [ 通院中病院名  
月経異常 ( 不順・量が多い・痛む ) 不正出血、おりものの異常、外陰部 ( かゆみ・痛む )  
子宮がんの検査、腹痛・腰痛、不妊の相談、更年期障害、排尿時の痛み、尿に近い  
性病の心配、子宮筋腫、卵巣の腫れ、乳腺炎、セカンドオピニオン、生理をずらしたい  
プラセンタ注射、予防接種 ( インフルエンザ・風疹 )、風疹抗体検査、4D  
避妊相談 ( ピル希望・アフターピル希望 )、その他 ( ) ]  
予定日 年 月 日

4 身長 . cm 体重 . kg ( 妊娠中の方は妊娠前の体重をご記入ください )

5 月経についてお聞きます。  
初潮 歳・閉経 歳  
量は 多い・普通・少ない  
最終月経開始日は、 月 日 から 月 日 まで  
月経周期 日 順・不順

6 今までの妊娠や出産についてお聞きます。  
現在、結婚されていますか？ はい ( S・H・R 年 )・いいえ ( 結婚予定 あり・なし )  
性交の経験はございますか？ はい・いいえ  
妊娠の経験はございますか？ はい ( 回 )・いいえ  
妊娠・分娩歴 分娩回数 ( 回 )・自然流産 ( 回 )・人工中絶 ( 回 )・子宮外妊娠 ( 回 )

分娩年月日	週数	妊娠・分娩時の異常	性別	出生体重	分娩場所	健否
年 月 日	週			g	当院・他	健・否
年 月 日	週			g	当院・他	健・否
年 月 日	週			g	当院・他	健・否
年 月 日	週			g	当院・他	健・否
年 月 日	週			g	当院・他	健・否

※妊娠・分娩時の異常とは、早産・妊娠高血圧・GBS感染症・新生児仮死・分娩時出血が多かった、など。

7 今までにかかられたことのある病気や手術はありますか？ はい・いいえ  
高血圧・糖尿病・腎疾患・心疾患・甲状腺疾患・肝炎・精神疾患・悪性腫瘍・てんかん  
喘息 ( 最終発作 年 月 歳 ) 脳梗塞・脳内出血・血栓症・自己免疫疾患・血液疾患  
その他

手術の経験 なし・あり ( )  
輸血の経験 なし・あり ( )

最後に子宮がん検診を受けた時期 なし・あり ( 年 月 富士市がん検受診券使用・会社健診・その他 )

8 現在、使用されている薬がありますか？ なし・あり ( 薬品名 )  
※ありの方は具体的にご記入ください。

9 アレルギー、喫煙、飲酒についてお聞きます。アレルギー なし・あり  
( 薬 : ) ( 食物 : ) ( その他 : 花粉・金属・ゴム )

たばこ 吸わない・以前、吸っていた・現在吸っている ( 本 / 日 )  
飲酒 しない・ときどき・ほぼ毎日 ( を / 日 )

10 過去3カ月以内に以下のことはありましたか？ はい・いいえ  
発熱・発疹・首のリンパ節の腫れ・風疹患者との接触・児童との接触が多い職場での就労

# 当院にいらしたきっかけは何ですか？  
紹介 ( 様 ご紹介 ) インターネット・HP・看板・その他 ( )

# 診察時のご要望等がございましたら、ご遠慮なくご記入ください。

---

---

---