

# 初診問診票

年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ ( 才 ) 年 月 日生 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

①今日はどうされましたか？ あるいは○をつけてください。

\*妊娠の方は このページ最後になります

生理の異常 ( 不順・長引く・多い・少ない・痛みがひどい )

生理以外で出血がある おなかに違和感がある お腹が痛い

おりものが多い 外陰部にかゆみがある 外陰部のできもの

不妊相談 \*今までに治療した事が ( ある・ない )

更年期障害 ( のぼせ・ほてり・発汗・めまい・冷え・肩こり )

排尿の ( 痛み・回数多い ) 何か膣から出てくる

性病検査 避妊相談 ピル希望 クスリの相談 月経移動

子宮がん検診 乳腺炎 他病院からの紹介

前からある病気の定期健診 病名 ( \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

-----  
妊娠かどうか \*妊娠判定をされましたか？ ( いいえ・はい )

月 日 妊娠検査薬 ( 陽性・陰性 ) 最終生理開始 月 日

→ 妊娠している場合

分娩希望 (分娩希望病院 ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ・里帰り )

分娩できない (手術希望) \_\_\_\_\_ (裏に続く)

②薬・食品やその他アレルギーはありますか？（いいえ・はい）

→アレルギーの薬名・食品名（ ）

③生理について 初経 才 閉経 才 最終生理開始日 月 日

生理周期 日周期（順・不順） 持続 日間

生理量（少・中・多） 生理痛（なし・弱・中・強） 生理中に痛み止め（飲む・飲まない）

④性交渉の経験はありますか？（なし・あり）

⑤結婚していますか？（既婚・未婚）結婚 才 夫 現在 才

⑥過去の妊娠・分娩について該当する事項を記入してください。

年齢	分娩様式	出生体重(g)	異常の有無
	自然 ・ 帝王切開 ・ 流産		
	自然 ・ 帝王切開 ・ 流産		
	自然 ・ 帝王切開 ・ 流産		
	自然 ・ 帝王切開 ・ 流産		

⑦子宮癌検診（受けてない・受けた）最終検診 年 月 → 正常・異常

⑧今まで病気をした事がありましたか？（いいえ・はい）

\*はいの方は下記も記入してください

年齢	病名	治療
		手術 ・ 内服
		手術 ・ 内服
		手術 ・ 内服
		手術 ・ 内服

肝炎にかかりましたか（はい・いいえ） 輸血しましたか（はい・いいえ）

喘息になったことありますか（はい・いいえ）

⑨現在、通院されている病院や内服している薬はありますか？

年齢	病名	くすり	病院名

⑩タバコは吸いますか？（いいえ・はい）1日 本 年間

⑪飲酒はしますか？（いいえ・はい） 週 日

⑫その他、気になることがありましたらご記入ください

（ ）

長い間お疲れ様でした。診察までもう少々お待ちください