

# いのうえクリニック 問診票

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	T S H		身長	cm
氏名			年 月 日 ( ) 才	体重	kg	
住所	〒					
電話番号	自宅			結婚	既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定	
	携帯			職業		

\*紹介状をお持ちの方は、あらかじめ受付に提出して下さい。

\*スマホなどに基礎体温をつけている方は、あらかじめ基礎体温表に書き写しておいてください。

**[1]** 受診の理由に、○をつけて下さい。

妊娠 ( 市販の妊娠検査薬にて … 陽性 月 日 ・ 陰性 ・ 未使用 ) 妊娠中 ( 当院分娩希望 ・ 他院 ・ 中絶希望 ・ 未定 ) ( 自然妊娠 ・ 不妊治療後妊娠 ) がん検診 ・ おりもの ・ かゆみ ・ 下腹部痛 ・ 不正出血 ・ 月経異常 ・ 月経痛 子宮筋腫 ・ 卵巣のう腫 ・ 不妊 ・ 更年期障害 ・ 膀胱炎 ・ 性行為感染症 ・ 避妊 ピル ・ 月経移動 ・ その他 _____
---

\*具体的な症状や、ご質問などのある方は、ご記入下さい。

--

**[2]** 月経について、お聞きします。

一番最近の月経は、いつですか? ( 年 月 日より 日間)

月経周期 ( 何日ごとに月経になりますか ) 順調 日周期 ・ 不順 日～ 日周期

月経痛はありますか? ( 無し ・ 有り ) 有りの方は: 服用薬品 \_\_\_\_\_

**[3]** 性交渉の経験 ( 無し ・ 有り )

**[4]** 子宮がん検診を受けたことがありますか? ( 無し ・ 有り )

一番最近の検診は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 結果は ( 異常無し ・ 異常あり )

**[5]** 妊娠・分娩…妊娠中の方は、今回の妊娠については省いてご記入下さい。

妊娠 ( ) 回 分娩 ( ) 回 帝王切開 ( ) 回 流産 ( ) 回 中絶 ( ) 回

子宮外妊娠 ( ) 回 胎状奇胎 ( ) 回

	出生年月	出生時妊娠週数	出生時体重	性別	分娩した病院名
①	平成 年 月	週	g	男 ・ 女	
②	平成 年 月	週	g	男 ・ 女	
③	平成 年 月	週	g	男 ・ 女	
④	平成 年 月	週	g	男 ・ 女	
⑤	平成 年 月	週	g	男 ・ 女	

\*前回の母子手帳をお持ちの方は、受付に提出して下さい。

\*以下に当てはまる項目があれば、○をつけて下さい。

切迫流産 切迫早産 妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病 分娩時出血多量 その他 ( )

【6】 以下の質問にもお答えください。

既往歴について。	当てはまるものに、○をつけて下さい。	
内科	高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 肝疾患 甲状腺疾患 てんかん ぜんそく (小児ぜんそくを含み) その他 .....	
心療内科 精神神経科	うつ病 パニック障害 不眠症 統合失調症 解離性障害 その他 .....	
外科	虫垂炎 (盲腸) 胆石 ヘルニア (脱腸) 椎間板ヘルニア 脊椎の病気 股関節の病気 その他 .....	
婦人科	子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣のう腫・腫瘍 性行為感染症 (STD) 子宮頸がん検査の異常 子宮がん 乳がん その他 .....	
手術経験 ( 無し ・ 有り )		輸血経験 ( 無し ・ 有り )
血液型をお教え下さい。	A ・ B ・ O ・ AB	Rh ( + ・ - )
アレルギーがありますか？	薬物 ( ) 食物 ( ) その他 ( )	
血縁のご家族で、 病気の方はいますか？ *高血圧 糖尿病 など。	はい ・ いいえ	診断名
現在服用中の薬はありますか。	はい ・ いいえ	薬剤名
喫煙歴について、お教え下さい。	吸わない ・ 吸っている ( 本/日 ) ・ 禁煙した	
飲酒歴について、お教え下さい。	飲まない ・ 時々 ・ ほぼ毎日 ( を /日 )	
ご主人について、お教え下さい。	お名前 ( ) 年令 ( 才 ) 職業 ( )	

\*ご記入ありがとうございました。受付までお持ち下さいますようお願い致します。

\*診察の内容やお産・急患などにより、診察の順番が前後することがありますが、ご了承下さい。

\*診察の順番になりましたら、アナウンスにておよび致します。

しばらく、お待ちください。