

まつみレディースクリニック三田 問診票

ID: \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな	生年月日: 昭和・平成・西暦		
お名前:	年	月	日 ( 歳)
郵便番号:	ご住所:		
ご連絡先: (電話)		(携帯)	
メールアドレス (任意):			
ご職業:	身長:	体重 (非妊時):	血液型:

診察に必要な情報ですので記入漏れないようにお願いいたします。ご記入後は受付に提出下さい。

以下の下線部には数値又は文字を、当てはまる項目は□にチェックをお願い致します。

1. 医師の希望についてお答えください。

- 院長希望 \*混雑時・不在時は他医師の診察となります。ご了承ください。  
 藤井医師希望 (火曜日のみ)  医師の希望なし  浦田医師 (女医) (金曜日のみ) \*担当医師は変更になる場合もございます。

本日来院された理由を教えてください。複数回答可。 \*紹介状をお持ちの方は、受付に提出下さい。

- 妊娠の診断 市販検査薬 ( \_\_\_月\_\_\_日:陽性) → 妊娠継続希望・中絶希望・考え中  
 妊娠検診 分娩先:確定済み(病院名: \_\_\_\_\_) ・未定 ※別紙もご記入下さい。  
 トキソプラズマ検査 (現在、妊娠 \_\_\_週)  
 不妊相談※別紙もご記入下さい。  不育相談  
 注射 (ビタミン・ブラセンタ注射・白玉注射・白玉点滴・にんにく注射・ワクチン)  プライダルチェック  性病検査  
 おりもの異常  月経異常  不正出血  かゆみ  下腹部の痛み  子宮頸がん検査  ビル処方  緊急避妊薬  
 流産手術 ( \_\_\_月 \_\_\_日 時点で \_\_\_週相当と診断あり)  その他 ( \_\_\_\_\_)

2. 過去に婦人科で診察は受けたことはありますか?  はい  いいえ

- はいの方のみお答えください。下記の婦人科疾患で指摘されたことがある病気はありますか?  
 子宮筋腫  子宮内膜症  子宮腺筋症  子宮奇形  卵巣腫瘍  乳腺疾患 (良性又は悪性)  その他 ( \_\_\_\_\_)

3. 月経についてお聞きします。

最終月経 (一番最近の月経): \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_日間  
 月経周期 (月経が始まって次の月経が来るまでの日数): \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_日 周期 月経痛:  強い  普通  弱い

4. 性交経験はありますか?  はい  いいえ

5. 現在結婚されていますか?  はい (□法律婚・□事実婚)  いいえ  入籍予定あり

6. 妊娠経験はありますか? (現在の妊娠は含めず  はい  いいえ はいの方のみ下記もください。

年	週数	経過	妊娠中や分娩時の異常	健・否	病院名
		経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・化学流産		健・否	
		経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・化学流産		健・否	
		経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・化学流産		健・否	
		経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・化学流産		健・否	

7. 薬、アレルギー、嗜好品についてお聞きします。

- ・服用中の薬  なし  あり (薬剤名: \_\_\_\_\_) アレルギー  なし  あり (食品・薬剤・その他: \_\_\_\_\_)  
 ・喫煙歴  なし  あり ( \_\_\_本 /日: \_\_\_歳から \_\_\_歳)  家族・同居人が吸っている ( \_\_\_本 /日)  
 ・飲酒歴  なし  時々  毎日 ・一回の飲酒量と種類 (種類: \_\_\_\_\_) (量: \_\_\_\_\_ml/回)

8. 今までに指摘されたことがある病気はありますか? 病名もお答えください。

- なし  あり (病名: \_\_\_\_\_)  
 過去に手術 (美容形成、乳房形成を含む) 又は放射線治療を受けたことはありますか?  
 なし  あり (手術名: \_\_\_\_\_)  
 今までにご自身の両親あるいは兄弟姉妹に指摘されたことがある病気はありますか? 病名もお答えください。  
 なし  あり (病名: \_\_\_\_\_)