

西山産婦人科外来問診票

(記入日) 年 月 日

*この問診票による患者様の個人情報、当院にて診察を始めるにあたり、
治療上必要な情報となります。ご理解の上、ご記入ください。

下記の質問に答えて受付にお渡ししてください。(あてはまるものに○をつけてください)

(ふりがな)

お名前 (歳)

身長 cm 体重 kg 血液型は 型 RH (+・-)

生年月日 年 月 日 結婚年月日 年 月 日

住所 〒

電話番号 携帯番号

緊急連絡先 あなたの職業

I どうなさいましたか？

- ①不妊の相談
- ⑧性病の心配
- ⑰しこり
- 避妊期間 ケ月
- ⑨がん検診の希望
- (腹部・陰部・乳房)
- 不妊期間 ケ月
- (子宮がん・乳がん)
- ⑩その他
- ②月経が止まった
- ⑩緊急避妊ピル
- ③生理不順
- ⑪性生活の相談
- ④月経と違った出血
- ⑫精液検査の希望
- ⑤生理痛
- ⑬頻尿、残尿感
- ⑥陰部がかゆい、痛い
- ⑭排尿時の痛み
- ⑦おりものが多い
- ⑮腹痛
- (ピンク・褐色・黄色・白)
- ⑯更年期の心配

II あなたの月経について

①初めて生理が来た年齢 歳 (小・中・高 年)

②月経周期 日型

※月経周期とは月経開始日より次の月経開始日までの日数

③月経周期は順調ですか 順調・不順

④月経は何日間続きますか 日間

⑤最終月経 年 月 日 ~ 日間

⑥生理の量 普通・多い・少ない

⑦生理痛はありますか はい (腹部・腰) ・いいえ

⑧生理の時、他に気になる事はありますか はい () ・いいえ

Ⅲ あなたの結婚・妊娠・分娩のことについて

- ①性交（セックス）の経験はありますか はい・いいえ
- ②今まで妊娠したことがありますか はい・いいえ
- ③結婚していますか はい・いいえ・同棲中・婚約中
- ④妊娠したことがある方はお答えください
- | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----|---|-----|---|----|-----|---|----|-----|---|---|
| 人工妊娠中絶 | () | 回 | () | 年 | 月、 | () | 年 | 月、 | () | 年 | 月 |
| 自然流産 | () | 回 | () | 年 | 月、 | () | 年 | 月、 | () | 年 | 月 |
| 自然分娩 | () | 回 | () | 年 | 月、 | () | 年 | 月、 | () | 年 | 月 |
| 帝王切開 | () | 回 | () | 年 | 月、 | () | 年 | 月、 | () | 年 | 月 |

Ⅳ 今までかかった主な病気や受けた手術について

- ①今までかかった事のある病気には○または、記入をしてください。
- ぜんそく ・ 甲状腺疾患 ・ 緑内障 ・ 糖尿病 ・ その他 ()
- 婦人科疾患 (子宮内膜症・子宮筋腫・卵巣嚢腫 (右・左))
- その他 ()
- ②今まで手術をしたことがありますか はい・いいえ
- | | | |
|----|-----|------|
| 病名 | 手術名 | 歳のとき |
|----|-----|------|
- ④内服治療を受けていますか はい・いいえ 薬剤名
- ⑤今まで使った薬や注射で副作用（アレルギー）をおこしたことがありますか はい・いいえ 薬剤名
- ⑦輸血を受けたことがありますか はい・いいえ
- ⑧B型、C型肝炎の検査で陽性になった事がありますか はい・いいえ

Ⅴ あなたについて

- ①飲酒の習慣がありますか ある (多い・普通・少ない) ・ ない
- ②喫煙の習慣がありますか ある (1日 本・ 年間) ・ ない ・ やめた
- ③接種したことがあるワクチンに○をつけて下さい (接種日は最終接種日を記入してください)
- | | | | | | | | |
|--------|-----|---|---|--------|-----|---|---|
| 風疹ワクチン | 接種日 | 年 | 月 | 麻疹ワクチン | 接種日 | 年 | 月 |
| MRワクチン | 接種日 | 年 | 月 | | | | |
- ④ワクチン接種後、抗体検査はしましたか はい・いいえ・わからない
- ⑤子宮がん検診を受けたことはありますか はい・いいえ
- | | | | |
|--------|---|---|------------|
| ・子宮頸がん | 年 | 月 | 検査結果：あり・なし |
| ・子宮体がん | 年 | 月 | 検査結果：あり・なし |
- ⑥乳がん検診を受けたことはありますか はい・いいえ
- | | | | |
|----------|---|---|------------|
| ・超音波検査 | 年 | 月 | 検査結果：あり・なし |
| ・マンモグラフィ | 年 | 月 | 検査結果：あり・なし |

VI 今までの不妊検査・不妊治療について（※不妊の相談の方のみ記入してください）

①今までに他院で不妊治療を受けたことはありますか はい・いいえ

②治療を受けたことがある方はお答えください

・治療期間 年 月 ~ 年 月

・基礎体温のつけ方を知っていますか はい・いいえ

・基礎体温をつけていますか はい・いいえ

・子宮卵管造影検査（HSG）又は通水検査を受けたことがありますか

はい・いいえ 検査日 年 月 日

・ご主人様の精液検査を受けたことがありますか

はい・いいえ 検査日 年 月 日

・性交後検査（フナーテスト）を受けたことがありますか

はい・いいえ 検査日 年 月 日

・タイミング療法を受けたことがありますか

はい・いいえ 治療期間 年 月 ~ 年 月

・人工授精（AIH）を受けたことがありますか はい・いいえ

AIHの回数を教えてください 回

1回目 年 月、2回目 年 月

3回目 年 月、4回目 年 月

5回目 年 月、6回目 年 月

・体外受精を受けたことがありますか はい・いいえ

採卵回数 回 ・ 胚移植回数 回

※ホームページにある体外受精治療経過表にわかる範囲で治療内容を記入して下さい

VII ご主人について（※不妊の相談の方のみ記入してください）

① 身長 cm ・ 体重 kg ・ 血液型 型 RH（+・-）

② 職業

③今までにかかった病気は

④接種したことがあるワクチンに○をつけて下さい（接種日は最終接種日を記入してください）

風疹ワクチン 接種日 年 月 ・ 麻疹ワクチン 接種日 年 月

MRワクチン 接種日 年 月

VIII ご家族について

①特別な病気の方がいますか はい・いいえ

②病名を教えてください

遺伝病・悪性腫瘍・心疾患・脳卒中・糖尿病・結核・高血圧・精神疾患・

アレルギー疾患・その他

Ⅹ 当院をお知りになられたきっかけは

知人の紹介・親族の紹介・他院の紹介・インターネット・電話帳・広告・その他
※その他の方は、具体的に_____

※他院の紹介状・レントゲンフィルム・DVD等がありましたら、お持ちいただき
受付に提出をお願いします。

※不妊の相談の方で出産経験がある方は、来院時にお子様の母子手帳をお持ち下さい。

《個人情報の取扱いについて》

この問診票は治療目的以外に利用することは一切ありません。

(医)西山産婦人科