



## 問診票

記入日 20 年 月 日

診察券 番号							
ふりがな	姓	名	生年月日	西暦	年 月 日	年齢	歳
氏名			性別	女・男・その他	職業		
			血液型	ABO式 A・B・O・AB	Rh式	+・-	
ローマ字	姓	名	身長	cm	体重	Kg	
住所	〒						
電話番号	自宅			携帯			
Email	□当院からのメールによるご案内を希望する						

問診票は4ページあります。わかる範囲で全てご記入ください。

以下の質問について、該当するものにチェックや○をお付けいただき、各項目にご回答ください。

<b>1. 本日はどうなさいましたか？</b>
<input type="checkbox"/> <b>検査希望</b> <input type="checkbox"/> 子宮がん検査★ <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 卵巣チェック <input type="checkbox"/> ポリープ <input type="checkbox"/> レディースドック★ <input type="checkbox"/> 性病検査 <input type="checkbox"/> 健康診断で異常があった <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> <b>妊娠した・妊婦健診を受けたい★ ※当院では分娩は行っておりません。</b> 妊娠検査薬で検査しましたか？ (はい・いいえ 検査日: 月 日 結果: + - ) 妊娠している場合の出産希望は？ (あり・考え中・なし) ※当院では人工妊娠中絶を行っておりません。
<input type="checkbox"/> <b>生理の異常</b> こない・とまらない・周期が不順・量が多い・少ない・他 ( ) いつからですか？ ( )
<input type="checkbox"/> <b>生理痛がひどい</b>
<input type="checkbox"/> <b>生理以外の出血がある</b> いつからですか？ ( ) 現在もつづいていますか？ はい いいえ
<input type="checkbox"/> <b>月経前に調子が悪い (PMS)</b> どのような症状ですか？ ( )
<input type="checkbox"/> <b>お腹が痛い</b> 部位: 全体 下腹部 (左・右・中央) いつからですか？ ( )
<input type="checkbox"/> <b>おりもの★</b> 色が気になる 量が多い 匂いが気になる いつからですか？ ( )
<input type="checkbox"/> <b>陰部のトラブル★</b> 症状は? かゆい 痛い できものがある いつからですか？ ( ) ※おりものシートは使っていますか? はい・いいえ
<input type="checkbox"/> <b>妊娠したい/妊娠できるか知りたい (不妊スクリーニング検査、ブライダルチェック)</b> ※不妊症専門医師の診察は4月以降の木曜日になります。
<input type="checkbox"/> <b>性交時 (セックスの時) に痛みがある</b>
<input type="checkbox"/> <b>更年期相談</b> 症状は? ( )
<input type="checkbox"/> <b>避妊相談</b> 緊急避妊 低用量ピル 避妊IUD (お薬は自費の処方になります)
<input type="checkbox"/> <b>性暴力の被害にあってしまった</b> いつですか? ( )
<b>★にチェックのある方は、はじめから内診室へご案内することがあります。</b>

月経をずらしたい (お薬は自費の処方になります)

月経が来てほしくない期間 月 日から 月 日まで

最後に生理が始まった日 月 日～

普段の月経周期 順調 ( 日周期) 不順

 ワクチンを接種したい 希望するワクチン ( )

 出生前診断について相談したい

出生前診断は検査前に遺伝カウンセリングを受けていただいております。

検査希望の方は、先に遺伝カウンセリングと検査の予約をお取りください。

どの検査を受けていいかわからない

これから検査を受ける予定にしているが相談したい

これから検査を受けたい

すでに受けている検査、検討中の検査があればチェックを付けてください。

精密超音波検査 NT測定 クアトロテスト NIPT (新型出生前検査)

絨毛検査 羊水検査 その他 ( )

◆実施予定の医療機関名 ( )

◆すでに受けた検査の結果 ( )

 その他 ( )

## 2. 診察の経験について、お聞かせください。

▶産婦人科の診察を受けたことがありますか？ はい・いいえ

▶性交経験がありますか？ はい・いいえ

▶子宮がん検査を受けたことがありますか？ なし・あり 最後の検診 年 月

▶産婦人科の診察や性交で、強い痛みを感じたことがありますか？ はい・いいえ

## 3. 生理の状況を教えてください。

▶最終月経 (一番最近にあった生理) 月 日から 日間

(いつも通り・いつもより：多い 少ない 長く続く 短い)

▶その前の月経はいつからでしたか？ 月 日から 日間

▶月経周期 (生理が始まってから次の生理が来るまでの期間)：順調 ( 日型)・不順 ( 日から 日)

▶出血がある日数： 日間

▶量：少ない・普通・多い・塊がでる

▶初潮： 歳

▶閉経： 歳

▶生理痛：なし・あり (症状→下腹痛・腰痛・頭痛・吐き気・その他 )

鎮痛剤服用 (なし・あり)

## 4. 現在、妊娠と診断されていますか？

いいえ (いいえ、の方は6以降を記入してください)

はい ◆現在の妊娠週数 週 日

◆分娩予定日 20 年 月 日 未定 修正の可能性あり

◆最終月経 20 年 月 日から 日間 わからない

◆胎児数 ひとり ふたご その他 ( )

◆受診した産科医療機関名 ( ) ◆医師名 ( )

※ことわりなく、こちらから上記の医療機関に連絡することはございません。

## 5. 今回の妊娠についてお聞かせください。(わかる範囲でご記入ください)

自然妊娠不妊治療あり ◆不妊治療を行った医療機関名 ( )タイミング療法 ◆排卵誘発剤の使用 なし あり人工授精 ◆排卵誘発剤の使用 なし あり体外受精 ◆採卵前の排卵誘発剤の使用 なし あり顕微授精 ◆採卵日※ 20 年 月 日 ◆胚移植日 20 年 月 日◆凍結胚の使用※ なし あり→ ( ) 日目の胚を移植

上記の人工授精、体外受精、顕微授精による妊娠時に、卵子提供、精子提供を利用しましたか？

いいえ卵子提供あり ◆提供者の生年月日 年 月 日 ◆提供者の年齢 歳

※上記の凍結胚の使用、採卵日は卵子提供者の情報を記入してください。

精子提供あり

◆その他、今回の妊娠に関して伝えておきたいことがあれば、自由に記載してください。

## 6. 過去の妊娠・出産についてお聞かせください。妊娠の経験のない方は7以降を記入してください

妊娠について

◆妊娠回数 回 ※化学流産および今回の妊娠は含めません

◆化学流産 回 ◆流産 回 ◆子宮外妊娠 回 ◆人工妊娠中絶 回 ◆死産 回

年月日	経過	妊娠週数	性別	医療機関名
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	

出産について

年月日	分娩方法	週数	性別	出生時体重	医療機関名	お子さんに先天的な疾患があれば記入してください
	経膣・帝王切開	週	男・女・不明	g		
	経膣・帝王切開	週	男・女・不明	g		
	経膣・帝王切開	週	男・女・不明	g		

## 7. パートナー、ご結婚についてお聞かせください。

◆パートナーの氏名 ( ) ◆氏名のふりがな ( )

◆年齢 歳 ◆職業 ( )

◆パートナーとの血縁関係 なし いとこ はとこ その他 ( )◆現在の結婚の有無 あり ( 年 月 ) なし 事実婚 その他 ( )

## 8. 遺伝学的背景の検討のため、ご本人、パートナーの人種をお聞かせください。※複数回答可

◆ご本人 東アジア人 (日本・韓国・中国を含む) その他アジア人 非ユダヤ系白人ユダヤ系 黒人 その他 ( )◆パートナー 東アジア人 (日本・韓国・中国を含む) その他アジア人 非ユダヤ系白人ユダヤ系 黒人 その他 ( )

9. ご本人、パートナー、それぞれの血縁者、および過去の妊娠や生まれたお子様たちにおいて、染色体や遺伝子の検査を行ったことはありますか？

いいえ

はい ◆続柄 ( ) ◆検査内容 ( ) ◆結果 ( )

◆続柄 ( ) ◆検査内容 ( ) ◆結果 ( )

10. ご本人、パートナー、血縁者、これまでのお子様において、何らかの病気の方がいらっしゃいますか？

いいえ

はい ◆続柄 ( ) ◆疾患名 (不明の場合は症状) ( )

◆続柄 ( ) ◆疾患名 (不明の場合は症状) ( )

◆続柄 ( ) ◆疾患名 (不明の場合は症状) ( )

11. 薬のアレルギーはありますか？

いいえ

はい ◆薬品名 ( )

12. 今までに大きな病気や手術をしたことはありますか？

A) 病気について

なし

あり

高血圧 ◆治療の有無  なし  あり ◆治療内容 ( )

糖尿病 ◆治療の有無  なし  あり ◆治療内容 ( )

その他の疾患 ( )

◆治療の有無  なし  あり ◆治療内容 ( )

B) 手術について

なし

あり ◆手術した年齢 歳 ◆手術内容 ( )

◆手術した年齢 歳 ◆手術内容 ( )

13. 現在、使用している薬はありますか？

いいえ

はい ◆薬品名 ( )

14. 現在、喫煙されていますか？

いいえ

◆過去の喫煙  なし

あり  妊娠以前にやめた ◆年齢 歳から 歳まで ◆量 本/日

妊娠してからやめた ◆年齢 歳から妊娠 週まで ◆量 本/日

はい ◆年齢 歳から ◆量 本/日

15. 現在、飲酒されていますか？

いいえ → (過去の飲酒  なし  あり)  はい

16. 当院を知ったきっかけをお聞かせください。

ホームページ  友人・知人の紹介  家族の紹介  他院からの紹介  その他 ( )

ご記入ありがとうございました。記入後は受付へお渡しく下さい。

当院は予約制ですが、診察状況によってはお待ちさせる場合がございますのでご了承いただければ幸いです。

ご不明な点はスタッフにおたずねください。