

この問診票は、診療を円滑に行うために使用させていただきます。
それ以外には使用しませんのでご了承下さい。

問診票

下記の質問に答えてスタッフにお渡しください。

フリガナ お名前	年齢		職業	
電話番号(御自宅)	携帯番号			
御住所 〒				

1. あなたの月経について

- ①初経は () 歳、(小・中・学校 年)
- ②一番最近の月経は 月 日から 日間
- ③月経は何日続きますか () 日間
- ④月経周期は 順調 () 日型・不順
- ⑤月経の時は痛みますか なし・軽度・中等度・高度
- ⑥月経の量は 少ない・普通・多い・かたまりが出る

2. あなたの結婚暦・妊娠・分娩について

- ①性交(セックス)の経験がありますか はい・いいえ
- ②結婚は している(初婚・再婚) していない(同棲中・婚約中)
- ③何歳で結婚されましたか 西暦()年()月()日()歳の時
- ④避妊の期間がありますか ()年()ヶ月
- ⑤妊娠したことがありますか はい・いいえ
- ⑥妊娠したことがある方は次にお答えください
分娩 (自然分娩 回・帝王切開 回)
自然流産()回 人工妊娠中絶()回

3. あなたの

身長()cm、体重()kg、血液型()型 Rh(+・-)

4. タバコを 吸う()本/1日 ・ 吸わない

裏に続きます

5. 今までかかった主な病気、受けた手術について（婦人科以外も含めて）

①主な病気は該当するものに○をしてください。

喘息（ ）歳 高血圧（ ）歳 糖尿病（ ）歳 心臓病（ ）歳
肝疾患（ ）歳 腎疾患（ ）歳 緑内障（ ）歳 その他（ ）

②手術は（ ）（ ）歳の時

③アレルギー体質だと医師に言われたことがありますか はい いいえ
原因となった物（ ）

④今までで使った薬や注射で副作用が起きたことがありますか はい いいえ
名前がわかればお書き下さい（ ）

⑤輸血を受けたことがありますか はい いいえ

6. 不妊治療を受けたことがありますか はい（治療期間 年 ヶ月）・いいえ
はいと答えられた方は、治療の内容について該当するものをお答えください。

①基礎体温のみ

②タイミング療法（ ）周期

③ホルモン刺激（内服・注射）（ ）周期

④精液検査 検査済み・検査未

⑤卵管通過検査 検査済み（通気・造影）・検査未

⑥人工授精（ ）回

⑦体外受精（ ）回

⑧その他（ ）

7. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

8. 現在他の医療機関に通院していますか？ はい いいえ
（ ）

9. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

10. 御主人について

①年齢（ ）歳 職業（ ） 血液型（ ）型 Rh（+・-）

②健康ですか はい・いいえ（ ）

③今までにかかった病気は（ ）

④タバコを 吸う（ ）本／1日 ・ 吸わない

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。