

問診票（女性患者様用）		当院 ID：	職業
ふりがな		生年月日	
氏名		(S・H) 年 月 日 () 歳	
住所	〒	身長：	cm
		体重：	kg
電話番号	(ご自宅)	(携帯)	

1) 本日のご相談内容をお選びください

- ①不妊治療 ②不妊相談（妊活） ③月経不順 ④不正出血 ⑤下腹部の痛み
 ⑥月経調節 ⑦妊娠検査薬陽性 ⑧おりものの異常 ⑨陰部のかゆみ ⑩子宮筋腫
 ⑪子宮内膜症 ⑫緊急避妊（ 時間経過） ⑬その他（ ）

2) 月経についてお尋ねします。

1. 最終月経（一番最近の生理）： 年 月 日～（ 日間）
 2. 周期： 日周期（ 順調 ・ 不順 ） 3. 初潮： 歳 4. 閉経： 歳

3) 性交渉（セックス）の経験はありますか？ (あり ・ なし)

4) 結婚、妊娠、出産についてお尋ねします。

1. 結婚歴 (未婚 ・ 婚約中 ・ 既婚 →結婚時の年齢 歳)
 2. 妊娠歴 (あり ・ なし) ※「あり」の方は下記をご記入ください

	年月生	妊娠・分娩の内容
①	年 月 日 () 歳	普通分娩・帝王切開・子宮外妊娠・流産 () 週・人工流産
②	年 月 日 () 歳	普通分娩・帝王切開・子宮外妊娠・流産 () 週・人工流産
③	年 月 日 () 歳	普通分娩・帝王切開・子宮外妊娠・流産 () 週・人工流産
④	年 月 日 () 歳	普通分娩・帝王切開・子宮外妊娠・流産 () 週・人工流産

5) 今までに大きな手術を受けたことがありますか？ (あり ・ なし)

(具体的に記入してください)

6) 持病はありますか？ (あり ・ なし)

(喘息・高血圧・糖尿病・心疾患・その他→)

7) 現在服用しているお薬はありますか？ (あり ・ なし)

(お薬名：)

8) アレルギーはありますか？ (あり ・ なし)

(お薬名) (食べ物：) (その他：)

9) 当院クリニックを何でお知りになりましたか？ (インターネット ・ 知人に聞いて ・ その他)

10) 医師・スタッフに伝えておきたいことがありましたらご自由にお書きください