

問診票 (女性用)

西暦 年 月 日

フリガナ				フリガナ								
女性氏名				男性氏名								
生年月日	S・H 西暦	年	月	日 (歳)	生年月日	S・H 西暦	年	月	日 (歳)			
身長 :	cm	体重 :	kg	BMI :	身長 :	cm	体重 :	kg	BMI :			
喫煙 :	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	本/日	<input type="checkbox"/> 禁煙	喫煙 :	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	本/日	<input type="checkbox"/> 禁煙			
				飲酒 :					日/週			
携帯番号				携帯番号								
自宅電話番号				クリニックから連絡する際の電話番号			<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯				
住所	〒											
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚 (年 月)			<input type="checkbox"/> 離婚 (年 月)			<input type="checkbox"/> 事実婚					
	<input type="checkbox"/> 再婚 (年 月)			<input type="checkbox"/> 未婚 (年 月結婚予定)								
いつ頃の妊娠を 考えていますか?	<input type="checkbox"/> 1年以内			<input type="checkbox"/> 半年以内			<input type="checkbox"/> 2年以降先					
	<input type="checkbox"/> 未定			<input type="checkbox"/> 今回の結果で計画を立てたい								
月経について	①月経開始 歳			②最終月経開始日 月 日 初診日当日生理 日目								
	③周期 (始まりから次の開始までの日数)			<input type="checkbox"/> 順調 (日周期)			<input type="checkbox"/> 不順 (日くらい)					
	④月経量 (多い・普通・少ない)			⑤痛み (強い・少し・なし)								
	⑥鎮痛剤服用 (あり : 薬名			・なし)			⑦基礎体温表 (あり・なし)					
妊娠について	妊娠 :	回	出産 :	回	流産 :	回	中絶 :	回				
妊娠年月	妊娠週数	妊娠経過					妊娠方法					
年 月	妊娠 週 (妊娠 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 分娩 (経陰・帝王切開) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後)					自然 人工授精 体外受精 顕微授精 凍結胚移植					
現在あるいは、今までにかかれた 病気はありますか?	ぜんそく (下熱鎮痛剤坐薬使用歴 : あり・なし) ・ 小児ぜんそく 緑内障 ・ 甲状腺疾患 ・ てんかん ・ がん 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 低血圧 ・ 心臓病 肝臓病 (B型肝炎 ・ C型肝炎) ・ 腎臓病 ・ 精神疾患 その他 ()											
手術や入院について	いつ : 年 月			病名 :								
	治療・手術名 :			病院名 :								
現在飲まれている薬はありますか?	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり 薬品名 :								
サプリメントは飲まれていますか?	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり 品名 :								
アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり (アルコール消毒・アトピー ・ その他)								
薬アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 注射 薬剤名 : <input type="checkbox"/> 内服薬 薬剤名 :)								
子宮がん検診を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり (頸がん・体がん 年 月) 異常: あり・なし								
子宮頸がんワクチンを接種していますか?	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり (2価 ・ 4価 ・ 9価)								
風疹にかかったことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> わからない			<input type="checkbox"/> ワクチンを接種した (歳頃)		
麻疹にかかったことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> わからない			<input type="checkbox"/> ワクチンを接種した (歳頃)		
ご主人は健康ですか?	<input type="checkbox"/> はい			<input type="checkbox"/> いいえ (病名は?)								
ご家族が今までにかかった大きな病気と 手術は? (2親等)	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> いる (どなたが? 病名は?)								
お仕事をされていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> はい			職業 () 勤務時間 (: ~ :)					
避妊期間は?	<input type="checkbox"/> ある (年 月頃~)			<input type="checkbox"/> ない								
性交渉の回数は?	月に			回程度								
性生活でお困りの事は?	<input type="checkbox"/> ない			<input type="checkbox"/> ある ()								
気になっていること、 先生に聞きたいことはありますか?												