

# 問診票（婦人科・頸がんワクチン・拳児希望）

氏名： \_\_\_\_\_ 職業： \_\_\_\_\_ 本人電話番号： \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先： 氏名 \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

\_\_\_\_\_ 上記電話番号： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日（満 \_\_\_\_\_歳）

## 1) 本日の受診理由を聞かせ下さい（いずれかを選択し、○もしくは記入をして下さい）

1. 生理不順
2. 生理と違った出血がある（色：赤・ピンク・茶）（量：多い・少ない）
3. 生理痛がひどい
4. おりものに異常がある（色：赤・ピンク・茶・黄・白）（量：多い・少ない）
5. 外陰部に不快感がある（かゆい・痛い・腫れている）
6. 排尿時に不快感がある（痛い・残尿感・回数が多い・血尿・尿漏れ）
7. がんが心配・がん検診（子宮・卵巣・乳房）
8. 下腹部が痛い（中央・左側・右側）
9. 子宮頸がんワクチンがしたい
10. 子供が欲しい：今までに不妊治療を受けたことがある（ある・ない）

「ある」を選ばれた方はどのような検査や治療を受けられましたか？分かる範囲でご回答をお願いします。

11. その他 \_\_\_\_\_

## 2) 生活歴・血液型や身長・体重についてお聞かせください。

血液型： \_\_\_\_\_型・不明 RhD型： Rh（+ / -）

身長： \_\_\_\_\_cm 体重： \_\_\_\_\_kg（妊娠前： \_\_\_\_\_kg）

喫煙： ない・ある（現在の一日量 \_\_\_\_\_本）

飲酒： ない・ある（現在の一日量 \_\_\_\_\_杯）

服用薬： ない・ある（病名： \_\_\_\_\_薬剤名： \_\_\_\_\_）

性交渉(セックス)の経験はありますか？（ない・ある）

性交障害： ない・ある（性交痛・ED・その他 \_\_\_\_\_）

## 3) 月経について聞かせて下さい

最後の月経はいつからでしたか？（ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日まで）

初潮： \_\_\_\_\_歳 / 閉経後の方： \_\_\_\_\_歳の時

月経周期： 25・28・30・35日型（その他： \_\_\_\_\_日型）・不順

月経日数： \_\_\_\_\_日間

月経量： 多い・普通・少ない

月経痛： ない・ある（強度・中程度・軽度）

月経痛随伴症状： 頭痛・めまい・その他（ \_\_\_\_\_）

裏面もございます

4) 結婚について聞かせて下さい

結婚はしていますか？ (未婚・結婚予定・既婚)

結婚回数：\_\_回 結婚時年齢：\_\_歳

ご主人(パートナー)の現在の年齢：\_\_歳 喫煙：ない・ある

職業：\_\_\_\_\_ 健康状態：健在・療養中( )

離婚歴：ない・ある

再婚歴：ない・ある(再婚時の年齢：\_\_歳)

5) 今までの妊娠・出産について記入して下さい(出産歴のある方は表の記載・○の記入もお願いします)

妊娠回数(今回を含まず)：\_\_回 / 出産回数：\_\_回

流産回数：\_\_回 → (\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)・(\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

中絶手術：\_\_回 → (\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)・(\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

その他：\_\_\_\_\_

	分娩時期	週数	出生体重	性別	分娩様式	妊娠・異常(妊娠中・分娩・産後・新生児*)	出生場所
1	年 月 日	週	g		普通・吸引・鉗子・帝王切開	正常・異常：	当院・他院
2	年 月 日	週	g		普通・吸引・鉗子・帝王切開	正常・異常：	当院・他院
3	年 月 日	週	g		普通・吸引・鉗子・帝王切開	正常・異常：	当院・他院
4	年 月 日	週	g		普通・吸引・鉗子・帝王切開	正常・異常：	当院・他院

\*妊娠中の異常は[早産・死産・つわり・妊娠高血圧症・切迫早産・異常出血・頸管無力症で手術した...]など

6) 今まで病気になったことや入院もしくは手術をしたことはありますか？

該当する病名があれば○をつけ、経過のある方は記載欄に詳細を記入して下さい

高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・結核・甲状腺疾患(パセドウ病など)・アレルギー・喘息

不妊治療・自己免疫疾患・脳梗塞・脳内出血・てんかん・性感染症・悪性疾患・血栓症

<記載欄>

手術歴：ない・ある(病名：\_\_\_\_\_)

輸血歴：ない・ある(病名：\_\_\_\_\_)

精神疾患：ない・ある(病名：\_\_\_\_\_)

現在治療を受けていますか？：ない・ある(治療内容：\_\_\_\_\_)

今までカウンセリングを受けたことはありますか？：ない・ある

遺伝子性疾患：ない・ある(病名：\_\_\_\_\_)

7) アレルギーや皮膚かぶれしやすいものはありますか？

薬剤：ない・ある(薬名：\_\_\_\_\_ 内容：\_\_\_\_\_)

食物：ない・ある(卵・牛乳・甲殻類(エビ・カニ)・その他\_\_\_\_\_)

その他：\_\_\_\_\_

かぶれ：アルコール綿・テープ・ラテックス・その他(\_\_\_\_\_)

8) 家族に病気の方はいらっしゃいますか？ あれば○をつけて、その病名や続柄を記入して下さい

高血圧(続柄：父・母・祖父母)・糖尿病(続柄：父・母・祖父母)

遺伝子性疾患(病名：\_\_\_\_\_ 続柄：\_\_\_\_\_)

その他(病名：\_\_\_\_\_ 続柄：\_\_\_\_\_)