

女性用問診票

ご記入日 _____年 _____月 _____日



下記の問診は、とても大切な質問です。

プライベートな事柄もございますが、あなたのことを十分に理解するための
質問であることをご了承いただき、お答え下さいますようお願いいたします。

草津レディースクリニック 院長 森 敏恵

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご職業 _____ 血液型 _____ 型 身長 _____ cm

●診療情報取得について

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか? はい / いいえ
2. 他の医療機関から紹介状を持参されましたか? はい / いいえ
3. 現在、他の医療機関に通院されていますか? はい / いいえ
4. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか? はい / いいえ
(受診時期: 西暦 _____ 年 _____ 月頃 指摘事項: _____)

※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おります。

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をお願いいたします。

◆医療情報取得加算(初診時) 加算 1点 / 医療情報取得加算(再診時・3か月に1回) 加算 1点

●本日の受診目的について

1. あてはまるものに○をつけてください 妊娠希望 / その他
*「その他」の場合 本日の受診理由: (_____)

●子宮がん検診について

1. 子宮頸がん検診をこの2年以内に受けていますか? はい / いいえ
*「はい」とお答えの場合 検査日: (西暦 _____ 年 _____ 月頃)
結 果: (異常なし / 経過観察中)

●月経について

1. 月経は何歳から始まりましたか? (_____) 歳
2. 月経は規則的ですか? 規則的 / 不規則
3. 月経周期は何日位ですか? (_____) ~ (_____) 日
4. 月経は何日間続きますか? (_____) 日間
5. 月経痛はありますか? ある(薬使用) / ある(薬未使用) / ない
6. 月経量はどう感じますか? 多い / 普通 / 少ない
7. いちばん最近の月経が開始した日はいつですか? 年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●生活習慣について

1. 喫煙はしますか? はい / いいえ
*「はい」とお答えの場合 喫煙本数: 1日(_____)本を(_____)年間
2. 飲酒はしますか? はい / いいえ
*「はい」とお答えの場合 頻度: 月に(_____)日程度 / 週に(_____)日程度 / ほぼ毎日
3. 性交渉の経験はありますか? はい / いいえ

●結婚歴について

1. 現在、当てはまるものに○をつけてください 既婚 / 事実婚 / 結婚予定 / 未婚
*「既婚」の場合 入籍年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳時
2. 離婚歴はありますか? はい / いいえ

●既往歴について

| | |
|---|----------|
| 1. 喘息はありますか？ | はい / いいえ |
| 2. 薬のアレルギーはありますか？ *「はい」の場合 薬品名：（ ） | はい / いいえ |
| 3. 食物のアレルギーはありますか？ *「はい」の場合 食物名：（ ） | はい / いいえ |
| 4. ゴム製品に対するアレルギーはありますか？ | はい / いいえ |
| 5. 現在使っているお薬はありますか？ *「はい」の場合 薬品名：（ ） | はい / いいえ |
| 6. 血栓症、心筋梗塞、脳梗塞と言われたことはありますか？ | はい / いいえ |
| 7. 今まで病気にかかったことはありますか？ (特に心臓、肝臓、高血圧、糖尿病、腎臓、甲状腺、精神病、結核など) *「はい」の場合 ()歳 病名：() ()歳 病名：() ()歳 病名：() | はい / いいえ |
| 8. 今まで手術を受けたことはありますか？(婦人科以外の手術も含む) *「はい」の場合 ()歳 手術名：() ()歳 手術名：() ()歳 手術名：() | はい / いいえ |

●ご家族について

| | |
|---|----------|
| 血の繋がった家族の方で、病気の方はいますか？ (特に糖尿病、甲状腺疾患、血栓症、心筋梗塞、脳梗塞、高血圧) *「いる」とお答えの場合 血縁関係：() 病名：() 血縁関係：() 病名：() | いる / いない |
|---|----------|

●今までに妊娠したことがありますか？

はい / いいえ

*「はい」とお答えの場合、その転帰をわかる範囲で教えてください

| 西暦・年月日 | 年齢 | 週数 | 転帰 | 体重 | 性別 | 妊娠方法 |
|--------|----|----|----------------------------|----|-----|-------|
| 年 月 日 | 歳 | 週 | 経膈分娩 / 帝王切開 自然流産 / 人工中絶 | g | 男・女 | 自然・治療 |
| 年 月 日 | 歳 | 週 | 経膈分娩 / 帝王切開 自然流産 / 人工中絶 | g | 男・女 | 自然・治療 |
| 年 月 日 | 歳 | 週 | 経膈分娩 / 帝王切開 自然流産 / 人工中絶 | g | 男・女 | 自然・治療 |
| 年 月 日 | 歳 | 週 | 経膈分娩 / 帝王切開 自然流産 / 人工中絶 | g | 男・女 | 自然・治療 |
| 年 月 日 | 歳 | 週 | 経膈分娩 / 帝王切開 自然流産 / 人工中絶 | g | 男・女 | 自然・治療 |

●当院からのご連絡について

| | |
|--|----------|
| 1. つながりやすいご連絡先をご記入ください () | — |
| 2. お電話または手紙を送付する際、クリニック名を名乗ってもよろしいですか？ *「いいえ」とお答えの場合、連絡方法をご記入ください () | はい / いいえ |

ご提供頂く個人情報、医療提供、診療費請求事務、当院の管理運営業務等に使用させていただきます。
※詳細を院内に掲示(「当院における個人情報の利用目的」)しておりますので、ご確認ください。

《《妊娠に向けての治療を希望される方は引き続き、次のページにもお答えください》》

●妊娠希望の方へ

実際に妊娠を希望されてからどれくらい経ちますか？ 年 月 日

●妊娠に向けての治療歴について

今までに治療のため、通院されたことはありますか？ はい / いいえ

※「はい」とお答えの方は、ご記入下さい

1. 通院されていた病院はどこですか？ 病院名：（ ）

2. 治療の期間はどれくらいですか？ 西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

3. 原因は何と診断されましたか？ （ ）

4. 他院で検査を受けたことはありますか？ はい / いいえ

5. 今までどのような治療を受けられましたか？

A. タイミング療法

B. 人工授精

C. 排卵誘発剤を使用 内服（ ）周期 薬品名：（ ）

注射（ ）周期 薬品名：（ ）

D. 体外受精 あり / なし

E. 顕微授精 あり / なし

F. 腹腔鏡手術 年 月 日

G. その他 （ ）

6. この度、当院に変わられた理由を教えてくださいませんか？（ ）

●治療方針について

どこまでの治療を希望されていますか？下記の中からあてはまるものに○をしてください。 ※複数選択可

タイミング療法までを考えている / 排卵誘発剤を使用した治療までを考えている

人工授精までを考えている / 体外受精および顕微授精までを考えている

場合によっては手術も考えている / できる限りの治療を望んでいる

わからない（説明を聞いてから） / その他（ ）

●ご主人（パートナー）について

フリガナ（ ）
1. ご主人（パートナー）の氏名 名前（ ）

以前来院された時からご主人（パートナー）が変わられましたか はい / いいえ

2. ご主人（パートナー）の生年月日 西暦 年 月 日（ ）歳

3. 病気があったり、飲んでいる薬はありますか？ はい / いいえ

* 「はい」とお答えの場合 病名や薬品名：（ ）

4. 性生活はありますか？ はい / いいえ

* 「いいえ」とお答えの場合 理由：（ ）

5. ご主人（パートナー）は喫煙しますか？ はい / いいえ

6. 妊娠に向けての治療に理解や協力は得られますか？ はい / いいえ / わからない

●環境について

1. ご主人（パートナー）は当院に受診することを知っていますか？ はい / いいえ

2. ご主人（パートナー）以外に相談者はいますか？ はい / いいえ

* 「はい」とお答えの場合 相談者：（ ）

3. あなたはストレスを感じていますか？ はい / いいえ

●気になることやご要望がありましたらご記入ください。