

【記入例】赤字部分をご記入ください

# 初診・問診票

記入日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

フリガナ	アイワ ハナコ		昭 平	〇〇年 〇〇月 〇〇日 ( 〇〇才)	
氏名	愛和 花子			国籍	〇〇〇
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇-〇〇			身長	〇〇〇cm
TEL (連絡先)	(携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	( 様方)	体重	〇〇kg
連絡	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	職業	〇〇〇	

## 1. 本日のご来院の理由を教えてください

### 妊娠しているかどうかの確認

- ・ご自身で妊娠反応を調べましたか？ はい いいえ  
⇒調べた場合の結果 〇月 〇〇日に(陽性 / 陰性)
- ・他院で妊娠の診察を受けましたか？ はい いいえ  
⇒診断を受けたのは 〇月 〇日(出産予定日は平成 〇年 〇月 〇日)  
受診した病院名 ( 〇〇〇 )
- ・出産を希望していますか？ 出産希望 未定 中絶希望
- ・当院にて出産を希望しますか？ はい 未定 他院で
- ・今回の妊娠成立方法をお選びください 自然妊娠 不妊治療後妊娠 その他( )

### 妊娠以外の症状にて ※当てはまる項目すべてにチェックをお願いします

- 不正出血 下腹痛 おりものが気になる 外陰部かゆみ 月経痛
- 月経不順 月経日変更 子宮がん検診 子宮筋腫 卵巣のう腫
- 排尿痛 更年期障害 子供がほしい 男女産み分けの相談
- 避妊の相談 緊急避妊 その他( )

## 2. 月経・性・子宮がん検診についてお聞きます

- ・月経は( 順調 不順 ※一番最近の月経は( 〇月 〇〇日 ~ 〇日間 )
- ・初めての月経は( 〇〇 )歳 ・月経持続期間( 〇 )~( 〇 )日
- ・閉経したのは( )歳 ・月経周期 ( )~( )日型
- ・月経痛の状況( なし 軽度 中等度 高度 )
- ・月経量 ( 少ない 普通 多い 塊がたくさん出る )
- ・性交の経験はありますか？ (はい / いいえ)
- ・一年以内に子宮がん検診を受けましたか？ (はい / いいえ)

## 3. 婚姻歴についてお聞きます

- ・結婚されていますか？ 既婚 / 未婚 (平成 〇年 〇月頃入籍予定 or 入籍予定なし)  
⇒結婚回数 ( 〇 )回 / 離婚回数 ( 〇 )回  
結婚年齢 ( 〇〇 )歳 / 再婚年齢 ( )歳

## 4. 妊娠歴についてお聞きます (※現在の妊娠は含みません)

- ・妊娠回数 ( 3 )回 分娩回数 ( 1 )回 自然流産 ( 1 )回 人工中絶 ( 1 )回

分娩年月日	分娩週数/出生体重	性別	健否	経過	結果
西暦 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 病院名 〇〇病院	〇〇週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 ( ) 切迫入院歴: 無 / 有 ( 週~ 週 ) 分娩所要時間: 時間 分娩方法: 正常・吸引・鉗子 帝王切開: 予定 / 緊急 (理由 )	流産・ <b>中絶</b>
西暦 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 病院名 〇〇病院	〇〇週 / 〇〇〇〇g	<b>男</b> ・女	<b>健</b> ・否	妊娠経過: <b>正常</b> / 異常 ( ) 切迫入院歴: <b>無</b> / 有 ( 週~ 週 ) 分娩所要時間: 〇〇 時間 分娩方法: <b>正常</b> ・吸引・鉗子 帝王切開: 予定 / 緊急 (理由 )	流産・ 中絶
西暦 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 病院名 〇〇病院	〇〇週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 ( ) 切迫入院歴: 無 / 有 ( 週~ 週 ) 分娩所要時間: 時間 分娩方法: 正常・吸引・鉗子 帝王切開: 予定 / 緊急 (理由 )	<b>流産</b> ・ 中絶
西暦 年 月 日 病院名	週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 ( ) 切迫入院歴: 無 / 有 ( 週~ 週 ) 分娩所要時間: 時間 分娩方法: 正常・吸引・鉗子 帝王切開: 予定 / 緊急 (理由 )	流産・ 中絶

(ID: )

5. 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患にチェックをお願いします

子宮筋腫 子宮内膜症 子宮奇形 卵巣腫瘍 その他( )

6. 既往歴(今まで指摘されたことがある病気)についてお聞きします

病名	(病名)	年齢	現在の症状	薬(薬品名)	現在の通院	病院名	
高血圧	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
椎間板ヘルニア	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
側弯症	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
心臓疾患 不整脈	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
甲状腺疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
腎臓疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
肝臓疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
脳梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
血栓症	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(小児ぜんそく)	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	解熱鎮痛剤の使用歴( <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→薬剤名: )						
精神疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
悪性腫瘍	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
自己免疫疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
てんかん	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
その他	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

手術歴 なし あり

病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 手術した年 \_\_\_\_\_  
 病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 手術した年 \_\_\_\_\_  
 病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 手術した年 \_\_\_\_\_

輸血歴 なし あり (いつ輸血されましたか? \_\_\_\_\_)

※もし輸血が必要な場合、ご了承いただけますか? はい いいえ

7. アレルギーについてお聞きします

- ・薬アレルギー: なし / あり (薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_)
- ・食物アレルギー: なし / あり (食品名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_)
- ・果物アレルギー: なし / あり (症状: 口の中が腫れる、かゆみが出る)  
 ⇒果物: もも キウイ アボカド 栗 プラム さくらんぼ バナナ パイナップル マンゴー
- ・ゴムアレルギー: なし / あり (症状: \_\_\_\_\_)

8. 生活についてお聞きします

- ・喫煙: 今まで吸ったことがない  
現在吸っている/喫煙年数( )年間、1日( )本 or 以前吸っていた/喫煙年数( )年間、1日( )本
- ・飲酒: なし 妊娠後なし 時々 毎日( )を1日( )本(杯)程度
- ・同居者: 夫 子(1人) 義父 義母 実父 実母 その他( )
- ・育児などのサポート: あり なし

9. 夫(パートナー)についてお聞きします

- ・年齢:(○○)歳 / 国籍:(○○○) / 職業(○○○) / 血液型(○○型)
- ・喫煙:現在吸っている 1日( )本 吸っていない

10. 家族歴についてお聞きします

関係	既往歴	病名(当てはまるものに○をつけてください)
夫	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	高血圧・糖尿病・悪性腫瘍・悪性高熱症・その他( )
実父	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	高血圧・ <u>糖尿病</u> ・悪性腫瘍・悪性高熱症・その他( )
実母	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	高血圧・糖尿病・悪性腫瘍・悪性高熱症・その他( )
兄弟姉妹	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	高血圧・糖尿病・悪性腫瘍・悪性高熱症・その他( )

※ご登録いただきました個人情報、当院からのご案内や各種情報提供をする場合に使用させていただくことがございます。あらかじめご了承ください。

