



問 診 票

年 月 日

フリガナ

お名前： _____ 生年月日： _____ 年 月 日 年齢： _____ 歳

ご住所： 〒 _____ 電話番号： _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg 血液型： _____ 型 (Rh _____) ご職業： _____

下記の質問の当てはまるものに○をつけて下さい。

1. どうなさいましたか？

- ・ 妊娠検査希望
- ・ 生理が不順
- ・ 生理痛がひどい
- ・ 月経と違った出血
- ・ 月経が止まった
- ・ おりものが多い
(赤・ピンク・褐色・黄色・白)
- ・ 避妊の方法を知りたい
- ・ 子供がほしい
- ・ 性生活の相談
- ・ その他 (_____)
- ・ 尿が近い
- ・ 排尿の時痛む
- ・ 陰部の異常
(かゆい・痛い・腫れている)
- ・ おなかが痛い
- ・ 子宮下垂感
- ・ 性病の心配
- ・ 中絶希望
- ・ ピル希望
- ・ 癌の検診
- ・ 頭痛・のぼせ・めまい
- ・ 不眠・いらいら・肩こり
- ・ 食欲がない・はきけ
- ・ むくみ
- ・ 胸がときどきする
- ・ 更年期症状
- ・ 腰が痛い
- ・ しこりがある
(おなか・陰部・乳房)

2. あなたの月経について

- ① はじめての月経は？ (_____) 歳 (小・中学 _____ 年)
- ② 閉経は何歳でしたか？ (_____) 歳
- ③ 最近の月経はいつでしたか？
_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 (その前の月経は _____ 月 _____ 日から _____ 日間)
- ④ 月経は順調ですか _____ 順調 (周期 _____ 日型) ・ 不順
(周期とは月経開始日より次の月経開始前日までの日数です)
- ⑤ 月経は通常何日くらい続きますか？ (_____) 日間
- ⑤ 月経の量は？ 多い ・ 普通 ・ 少ない
- ⑥ 月経の時痛みますか はい ・ いいえ
- ⑦ 月経の時、他にどこか悪いところがありますか はい ・ いいえ

3. あなたの結婚・妊娠・分娩について

- ① 性交(セックス)の経験がありますか はい ・ いいえ
 - ② 結婚について 既婚 (_____ 歳の時) ・ 未婚
 - ③ 妊娠したことはありますか はい ・ いいえ
 - ④ 妊娠したことのある方は次にお答え下さい。
分娩 (_____) 回 自然流産 (_____) 回 人工妊娠中絶 (_____) 回 子宮外妊娠 (_____) 回
妊娠高血圧症候群 (_____) 回
- | | | | | | | | |
|----|---|---|---|-------|-------|---|-----|
| 出産 | 年 | 月 | 日 | 正常・異常 | 出生児体重 | g | 男・女 |
| 出産 | 年 | 月 | 日 | 正常・異常 | 出生児体重 | g | 男・女 |
| 出産 | 年 | 月 | 日 | 正常・異常 | 出生児体重 | g | 男・女 |

【裏面もあります】

4. 現在ほかの病気で病院にかかったり、薬を飲んでいますか はい ・ いいえ
⇒病名、薬が分かれば記入してください ()
5. 今までにかかった主な病気、受けた手術について(婦人科以外も含めて)
- ① 病気になったり手術を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 - ② 主な病気は () () 歳の時
() () 歳の時
 - ③ 手術は () () 歳の時
() () 歳の時
 - ④ アレルギーを起こしたことがありますか はい ・ いいえ
(食物: 薬剤:)
 - ⑤ ぜんそくにかかったことがありますか はい ・ いいえ
 - ⑥ 輸血を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 - ⑦ 飲酒の習慣がありますか ない ・ ある
 - ⑧ 喫煙の習慣がありますか ない ・ ある (1日 本)
6. 家族の中に何か特別な病気の方がいらっしゃいますか
いない ・ いる (遺伝病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 癌 ・ その他)

7. ご主人について
- ① 年齢 () 歳 職業 ()
 - ② 健康ですか はい ・ いいえ
 - ③ 今までにかかった病気は ()

その他、症状・診察についてのご希望などありましたらお書きください。

ありがとうございました。受付へお渡しください。



Luna women's clinic

ルナ ウイメンズ クリニック