問診票（女性用）

ID：

個人情報は当院での診察以外には使用しません。出来る限り詳しく記入してください。　　記入日：20　　年　　月　　日

フリガナ　　**（西暦）**

お名前　　**生年月日　　年　　月　　日　　歳**

ご住所　〒

お電話番号　　**ご職業**

※ご本人と連絡がつく番号（携帯番号など）を記入してください。

身長：　　cm　体重：　　kg　　**血液型：　　型　Rh（＋　－）**

□　既婚　（結婚：　　年　　月）　□　事実婚（入籍予定；　あり　なし　）　□　未婚

□　パートナーの当院受診歴（　あり　　なし　）　□　パートナーのID（　　）

□　パートナーの氏名（　　）　□　パートナーの生年月日（　　年　　月　　日）

1、生理についてお答えください。

初潮（　　）歳

・　一番最近の生理（最終月経）はいつですか　：　　月　　日より　　日間

・　その前の生理はいつですか　：　　月　　日より　　日間

・　生理周期（生理開始日から次の生理開始の前日までの日数）

順調（　　日間~　　日間）　不順（短いとき：　日間~　日間　長いとき：　　日間~　　日間）

・　出血の量：（多い　　普通　　少ない）

出血の多い日中は（昼用ナプキン・夜用ナプキン・タンポン）を（　　時間）で交換

・　生理に伴う症状（ない　　普通　　ひどい）　鎮痛剤を（　飲む　　飲まない　時々飲む　）

2、性交渉についてお答えください。

・　性交渉の経験がありますか：　□　はい　　□　いいえ

「いいえ」の方　：　婦人科の診察（内診）を受けたことがありますか：□　ある　□　ない

⇒　「ない」の方　：超音波検査（および内診）があります。

検査時、看護師の付き添いは必要ですか　□　はい　　□　いいえ

・　半年以内に性交渉がありましたか　□　はい　　□　いいえ

「はい」の方　：　妊娠の可能性はありますか　□　ある　□　ない

3、妊娠・出産についてお答えください。

・　妊娠したことはありますか：　□　はい　　□　いいえ

妊娠歴の詳細を記載してください。　　Ti：タイミング法　AIH：人工授精　IVF：体外受精

	年　月	週数	出生体重	妊娠方法	分娩（経腟・帝王切開）　流産　中絶　死産
1				自然 ・ Ti ・ AIH ・ IVF	分娩（経腟・帝王切開）　流産　中絶　死産
2				自然 ・ Ti ・ AIH ・ IVF	分娩（経腟・帝王切開）　流産　中絶　死産
3				自然 ・ Ti ・ AIH ・ IVF	分娩（経腟・帝王切開）　流産　中絶　死産
4				自然 ・ Ti ・ AIH ・ IVF	分娩（経腟・帝王切開）　流産　中絶　死産
5				自然 ・ Ti ・ AIH ・ IVF	分娩（経腟・帝王切開）　流産　中絶　死産

4、今までに指摘された病気や手術、ご家族の病気についてお答えください。

□ なし　□ あり　**手術歴や内服歴、病名を記載してください。**

年齢	病名	完治・通院中（医療機関名）	治療について（手術・内服薬など）

下記既往歴はありますか。

□ 前兆のある偏頭痛　□ てんかん　□ 喘息

・ 内服薬や注射によって気分が悪くなったことはありますか。　：　□ はい　□ いいえ

薬品名（　　）　症状（　　）　具体的な時期（　　年　　月）

・ **両親や兄弟姉妹に以下の病気の方はいらっしゃいますか　：　□ はい　□ いいえ**

□ がん　□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 心筋梗塞　□ 脳梗塞　□ 遺伝的な疾患（　　）

・ 上記以外に薬・サプリなどを飲んでいますか　（薬剤名：　　）

・ 他院で以下の検査を受けましたか

□ 子宮頸がん　：　年　月　日　（ 結果　：　　）

□ 子宮体がん　：　年　月　日　（ 結果　：　　）

□ HPV検査　：　年　月　日　（ 結果　：　　）

□ HPVワクチンの接種歴はありますか：　□ あり　□ なし

□ 乳がん　：　年　月　日　（ 結果　：　　）

5、アレルギー・嗜好についてお答えください。

・ アレルギーはありますか

□ ラテックス　□ アルコール　□ 果物　□ 薬剤（薬剤名：　　）　□その他（　　）

・ タバコは吸いますか　：　□ はい（　　本/ 1日 ）　□ いいえ　□ 過去にあり

・ アルコールは飲みますか：　□ はい　□ いいえ

6、ご希望のコースに〇をつけてください。

婦人科検診スタンダード	
婦人科検診ベーシック	
ブライダルチェックベーシック	
ブライダルチェックスタンダード	
確認して決める	

7、オプションのご希望があれば〇をつけください。

Zn（亜鉛）	
葉酸	
25-ヒドロキシビタミンD/ECLIA	
ホモシステイン	
CA125	
CA19－9	
子宮頸がん	
子宮体がん	
風しん抗体	
ABO式血液型・Rh式（D)血液型	
HPV	

8、横浜市在中の方のみに伺います。当てはまるものに☑をお願いします

【横浜市子宮頸がん検診・風疹抗体検査について】

・　横浜市の子宮頸がん検診を2年以内に受けたことがありますか

□　はい　検査結果のご提出をお願いします。　　□　いいえ

いいえと答えた方

□　当院での実施を希望する　※別途問診票の記入をお願いします。

□　当院での実施を希望しない

※横浜市子宮頸がん検診（HPV検査）も併せて希望の場合、受診券シールの持参が必須になります。

・　過去に風疹抗体検査を実施したことがありますか

□　はい　※はいと答えた方は対象外となります。　　□　いいえ

・　過去2回以上麻しん・風しん（MR）ワクチン接種をしたことがある

□　はい　※はいと答えた方は対象外となります。　　□　いいえ

いいえと答えた方

□　当院での実施を希望する（無料）　**※別途**問診票の記入をお願いします。

□　当院での実施を希望しない

検査の結果免疫が不十分だった場合、MR（麻しん・風しん混合）ワクチンの接種を

□　当院での接種を希望する（￥3,300）

□　希望しない

※風疹抗体検査を実施した場合は必ずご来院での検査結果になります。