

三軒茶屋ウィメンズクリニック問診票

ふりがな		昭和・平成 年	身長	cm	職業	
お名前	生年月日	月 日 (歳)	体重	kg		
住所	〒 -		電話番号	() -		
			携帯番号	() -		

以下の質問に記入か○をつけてお答えください。

病院から連絡する場合	日中 (ご自宅の電話・携帯電話) : 夜 (ご自宅の電話・携帯電話)		
結婚	既婚 / 未婚 : 結婚年齢 (歳) : 離婚 (歳) : 再婚 (歳)	性交経験	なし / あり
当院を何でお知りになりましたか?	・他院 () からの紹介・知人 () 様からの紹介 ・雑誌 () インターネット・新聞・本・電話帳・看板・その他		

① 本日、来院された理由をお答えください。(複数回答可・番号に○をつけてください。)

1. 不妊 2. 不育 3. 妊娠中 4. 月経痛 5. 月経不順 6. 不正出血 7. 下腹部痛 8. おりものが多い 9. かゆみ
 10. 子宮筋腫 11. 子宮内膜症 12. 卵巣腫瘍 13. がん検診 14. 性感染症の検査 15. 月経をずらしたい
 16. 性交障害 17. 更年期障害 18. 排尿障害 19. 貧血 20. セカンドオピニオン 21. 避妊相談
 22. 精液検査 (男性の検査) 23. その他 ()

② 月経歴について教えてください。

一番最近の生理	平成 年 月 日から 日間	初潮 () 歳	閉経 () 歳
月経周期	順調 () 日型	不順 () 日 ~ () 日	
月経痛	なし / あり (強 中 弱)	鎮痛剤 ()	

③ 妊娠歴について教えてください。 妊娠経験 なし / あり

平成 年 月 日 (歳)	自然妊娠 / 不妊治療後	分娩形式 ()	流産 / 中絶 / 子宮外妊娠
平成 年 月 日 (歳)	自然妊娠 / 不妊治療後	分娩形式 ()	流産 / 中絶 / 子宮外妊娠

④ 不妊 / 不育と選択された方への質問です。

ホルモン検査	なし / あり	精液検査	なし / あり	排卵誘発	なし / あり	卵管造影	なし / あり (年 月)
人工授精	なし / あり (回)	体外受精	なし / あり (回)	その他			

⑤ 生活習慣

喫煙歴	なし / あり : () 歳から 1日 () 本
飲酒歴	なし / あり : 週に () 日 量 ()

⑥ アレルギーはありますか? 食物 なし / あり () 薬剤 なし / あり ()

⑦ 現在、服用中のお薬はありますか? なし / あり ()

⑧ アルコール綿のかぶれはありますか? なし / あり

⑨ 以前、病気や手術を受けたことはありますか? なし / あり

年 月	病名 ()	手術 (なし / あり)
年 月	病名 ()	手術 (なし / あり)

⑩ 持病はありますか?

なし / あり : 高血圧・喘息・心疾患・糖尿病・その他 ()

⑪ ご家族についてお答えください。 夫 / 妻 / パートナー

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
お名前		健康状態	良 / 不良 ()
喫煙歴	なし / あり : () 歳から 1日 () 本	身長	cm
飲酒歴	なし / あり : 週に () 日 量 ()	体重	kg

⑫ 当院に希望されることをお書き下さい。