〒541-0051
大阪府大阪市中央区備後町４丁目１－３
御堂筋三井ビルディング １階
TEL 06-6201-0317
https://www.nishikawa.or.jp/

初診時問診票

以下の質問をお読みになり、当てはまるもの全てにチェックまたは記載をお願いいたします。

① ご本人様についてお聞かせください。

ふりがな

氏名

生年月日：西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　ご年齢：＿＿＿＿歳
ご住所　（郵便番号）＿＿＿＿ － ＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿県＿＿＿＿＿＿＿市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号（ご自宅）　＿＿＿＿ － ＿＿＿＿ － ＿＿＿＿
（携帯電話）＿＿＿＿ － ＿＿＿＿ － ＿＿＿＿
身長：＿＿＿＿cm　体重：＿＿＿＿kg
一番最近の月経が開始した日：西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
月経開始から次の月経開始までの日数：（短いとき）＿＿＿日～（長いとき）＿＿＿日
これまでの妊娠回数：＿＿＿回　出産回数：＿＿＿回
流産：＿＿＿回　中絶：＿＿＿回　子宮外妊娠：＿＿＿回　死産：＿＿＿回
性交歴：□あり（最後に性交があった時期：西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）　□なし
喫煙：□あり（＿＿＿本/日）　□なし　□過去にあり
婚姻状況：□入籍　□未入籍（パートナーあり）　□パートナーなし

② 来院の理由をお聞かせください（□他院からの紹介状あり　□紹介状なし）
□不妊の相談　□流産の相談　□妊娠中の相談　□妊娠しているか確認してほしい
□不正性器出血がある　□月経の異常がある（□量が多い　□痛みが強い　□月経が不規則）
□下腹部痛　□外陰部（女性器周辺）の異常　□おりものの異常　□性感染症の相談
□子宮筋腫の相談　□子宮内膜症の相談　□子宮腺筋症の相談　□卵巣腫瘍の相談
□子宮内膜ポリープの相談　□ピル処方　□子宮頸がんの検診　□月経開始日の変更、移動
□更年期症状の相談　□ブライダルチェック
□その他

〒541-0051
大阪府大阪市中央区備後町４丁目１－３
御堂筋三井ビルディング １階
TEL 06-6201-0317
https://www.nishikawa.or.jp/

③　過去のご病気や手術などについてお伺いします

□子宮筋腫（□手術をした：西暦_____年_____月_____日）
□子宮腺筋症（□手術をした：西暦_____年_____月_____日）
□子宮内膜症（□左　□右）（□手術をした：西暦_____年_____月_____日）
□子宮内膜ポリープ（□手術をした：西暦_____年_____月_____日）
□子宮体癌（□手術をした：西暦_____年_____月_____日）
□卵巣腫瘍（□手術をした：西暦_____年_____月_____日）
□卵巣と卵管を摘出した（□左　□右）　□卵管を摘出した（□左　□右）　□子宮を摘出した
□子宮頸がん検診で、異常を指摘されたことがある。
□子宮頸がん検診で異常を指摘され、手術をした（円錐切除）：西暦_____年_____月_____日
□内科疾患（□現在他院を受診している）　□精神科疾患（□現在他院を受診している）
□てんかん
□その他

_____

④　最後に子宮頸がんの検査をしたのはいつですか

□_____年_____月_____日に実施した　□実施したことはない

⑤　アレルギーはありますか

□お薬のアレルギーがある

_____

□食べ物のアレルギーがある

_____

□金属アレルギーがある　□ラテックス（天然ゴム）のアレルギーがある
□その他

_____

⑥　現在使用しているお薬はありますか

□ない　□ある

_____

〒541-0051
大阪府大阪市中央区備後町４丁目１－３
御堂筋三井ビルディング １階
TEL 06-6201-0317
https://www.nishikawa.or.jp/

以下は妊娠相談、流産相談の方のみお答え下さい。

① パートナー様についてお聞かせください。

ふりがな

氏名

生年月日：西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　ご年齢：＿＿＿＿歳
電話番号（ご自宅）　＿＿＿＿ - ＿＿＿＿ - ＿＿＿＿
（携帯電話）＿＿＿＿ - ＿＿＿＿ - ＿＿＿＿
身長：＿＿＿＿cm　体重：＿＿＿＿kg
喫煙：□あり（＿＿＿本/日）　□なし　□過去にあり
婚姻状況：□入籍　□未入籍（パートナーあり）　□パートナーなし
□離婚　□再婚　□入籍予定あり

② 妊娠を考えてからどれくらい時間が経過しましたか：＿＿＿年＿＿＿ヵ月

③ 以下の検査を実施されていますか。実施されている場合、いつ実施しましたか。
□検査を実施したことはない
子宮鏡検査：□実施した（西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）　□実施していない
子宮卵管造影検査：□実施した（西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）　□実施していない
パートナー様の精液検査：□実施した（西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）　□実施していない
ホルモン検査：□実施した（西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）　□実施していない
クラミジア検査：□実施した（西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）　□実施していない
感染症検査
ご本人様：□実施した（西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）　□実施していない
パートナー様：□実施した（西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日）　□実施していない

④ 以下の治療を実施されたことはありますか。紹介状を持参されている場合、ご提出ください。
□治療を行ったことはない。
□タイミング法：＿＿＿＿回実施した
□人工授精：＿＿＿＿回実施した。
□体外受精・胚移植：採卵：＿＿＿＿回　胚移植：＿＿＿＿回（保険での移植回数：＿＿＿＿回）