

【問診票】 診察の前にこれを書いて、担当医と話をしてみましょう。答えにくい問いには答えなくて良いです。

基礎情報

- ・職業 ☐専業主婦 ☐会社員 ☐自営業 ☐学生 ☐その他_____
- ・20歳の時の体重_____kg
- ・睡眠時間_____時 ~ _____時
- ・食事時間 朝食 _____時ごろ ☐不規則に食べる 間食 _____時ごろ ☐不規則に食べる
昼食 _____時ごろ ☐不規則に食べる 夜食 _____時ごろ ☐不規則に食べる
夕食 _____時ごろ ☐不規則に食べる
- ・病気や手術歴（帝王切開を含む）

いずれかに○	年齢	病名(具体名)	治療内容/手術方法
病気・手術	才		
病気・手術	才		
病気・手術	才		

- ・常用している薬剤・サプリメント・漢方・ピルなど

薬の名前	いずれかを選んでください	薬の名前	いずれかを選んでください
	☐ 才頃から ☐ 不明		☐ 才頃から ☐ 不明
	☐ 才頃から ☐ 不明		☐ 才頃から ☐ 不明
	☐ 才頃から ☐ 不明		☐ 才頃から ☐ 不明
	☐ 才頃から ☐ 不明		☐ 才頃から ☐ 不明

- ・こ自身が生まれた際の週数・出生体重_____週 _____g

月経についてお伺いします

- ・初潮はいつでしたか? _____才 _____か月
- ・何日間続きますか? _____日から _____日
- ・出血量はどうですか? ☐少量 ☐中等量 ☐多量 ☐不定
- ・周期はいかがですか? ☐規則的 _____日周期 ☐不規則 短くて _____日
- ・月経痛はありますか? ☐なし ☐軽い ☐重い
- ・最終月経はいつでしたか? _____年 _____月 _____日

ご家族の健康状態についてお伺いします。

- ・3親等内（親や兄弟姉妹、子ども、祖父母、孫、叔父叔母）に下記の疾患の方はいらっしゃいますか。
☐先天性疾患・遺伝性疾患 ☐二分脊椎症・髄膜瘤
- ・現在または亡くなられた方のご年齢と病名をご記入下さい

続柄	死亡	年齢	病名(具体的に)
父	☐	才	
母	☐	才	
兄弟姉妹(男・女)	☐	才	
兄弟姉妹(男・女)	☐	才	

祖父(父方・母方)	☐	才	
祖母(父方・母方)	☐	才	
	☐	才	

結婚、妊娠・出産歴についてお伺いします。

- ・ 現在、結婚されていますか（事実婚を含む）？ ☐はい ☐いいえ
- ・ 挙児を希望してからの期間はどれくらいですか？ _____
- ・ 今までに妊娠・出産歴がある方は下の表に詳細をご記入下さい。

年齢(妊娠時)	妊娠結果	分娩週数	性別	出生体重	お子さん、妊婦・出産時の異常
才	☐ 出産 ☐ 死産 ☐ 流産 ☐ 中絶	週	☐ 男 ☐ 女	g	☐ 有() ☐ 無()
才	☐ 出産 ☐ 死産 ☐ 流産 ☐ 中絶	週	☐ 男 ☐ 女	g	☐ 有() ☐ 無()
才	☐ 出産 ☐ 死産 ☐ 流産 ☐ 中絶	週	☐ 男 ☐ 女	g	☐ 有() ☐ 無()

感染症・ワクチン歴

- ・ 感染症の既往歴 ☐B型肝炎 ☐C型肝炎 ☐HIV
☐性感染症 _____ ☐その他 _____ ☐なし
- ・ 予防接種歴（抗体の有無でも可） ☐風しん ☐麻しん ☐水痘 ☐流行性耳下腺炎 ☐インフルエンザ
☐百日咳 ☐B型肝炎 ☐その他 _____

ライフスタイル

- ・ 喫煙：☐吸う ☐吸わない （吸う方）1日 _____本 _____年間
- ・ 飲酒：☐飲む ☐飲まない （飲む方：週に _____本）
缶ビール _____本 焼酎 _____杯 ワイン _____杯 日本酒 _____杯
アレルギー（☐あり ☐なし） ある方：薬 _____ 食物 _____

体重・運動習慣

- ・ 身体情報 身長 _____cm 体重 _____kg BMI： _____
- ・ 運動習慣：定期的な運動習慣（週60分以上の運動や週2-3日の筋トレ）☐ある ☐ない

メンタルヘルスと環境

- ・ 日常的にストレスを抱えていますか？ そのストレスはどのようなストレスですか？
☐職場ストレス ☐経済的ストレス ☐家庭内ストレス ☐パートナーとの関係 ☐該当なし
- ・ パートナーや配偶者からの身体的・精神的な暴力を受けた経験はありますか？
☐はい ☐いいえ ☐わからない
- ・ 日常的に連絡を取る人はいますか？ ☐家族・親戚 ☐友人・知人 ☐いない
- ・ 困ったときに相談できる人はいますか？ ☐いる ☐いない ☐わからない

リプロダクティブヘルス

- ・ 今後1年以内に子供が欲しいですか？ ☐はい ☐いいえ ☐わからない