



ブライダルチェック問診表(女性用)

初診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ID: _____

リガナ

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg

住所: 〒 _____

: _____

生年月日: 西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ご職業: _____

連絡先: TEL _____ - _____ - _____ (携帯 _____ - _____ - _____)

メールアドレス: _____ @ _____

リガナ

パートナー氏名: _____ 年齢: _____ 歳 来院歴: あり ・ なし

生年月日: 西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ご職業: _____

★結婚・妊娠希望についてお答えください。

☐ 結婚(_____ 年 ____ 月) ☐ 離婚(_____ 年 ____ 月) ☐ 再婚(_____ 年 ____ 月)

☐ 婚約中(_____ 年 ____ 月結婚予定) ☐ 未婚

★妊娠希望時期

☐ すぐ希望 ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ 将来的に希望

★月経についておたずねします。

初経 _____ 歳 一番最近の月経は _____ 月 ____ 日から _____ 月 ____ 日まで

月経は何日続きますか? _____ 日間

月経周期: _____ ~ _____ 日周期(規則的・不規則)

月経量: 少量 ・ 普通 ・ 多量 血のかたまり(あり・なし)

月経痛: なし ・ 弱い ・ 強い(下腹部痛・頭痛・腰痛) 鎮痛薬内服(なし・あり)

基礎体温を付けたことがありますか?(あり・なし) ありの場合: 二相性 ・ 一相性 ・ 不明

性交経験ありますか?(あり・なし)

★今まで、婦人科の病気を指摘されたことはありますか?

☐ なし

☐ 子宮筋腫 ☐ 子宮内膜症 ☐ 子宮腺筋症 ☐ 卵巣チョコレート嚢腫(右・左・両側)

☐ 子宮頸癌検診異常 ☐ クラミジア感染 ☐ 婦人科悪性腫瘍 ☐ その他(_____)

*上記に対し行った治療 ☐ なし ☐ 経過観察のみ ☐ 薬物療法(_____)

☐ ありの場合(_____ 年 ____ 月、手術名 _____)

★最終の子宮頸がん検診はいつですか?

☐ 未施行 ☐ あり(_____ 年 ____ 月)

★妊娠歴についてお答えください

☐ なし ☐ あり 妊娠(_____)回・分娩(_____)回・流産(_____)回・人工妊娠中絶(_____)回

★現在内服中(飲んでいる)のお薬を教えてください。(_____)

★現在、もしくは過去に大きな病気・手術等をされましたか？

☐なし

☐喘息(気管支喘息・小児喘息 最終発作_____年____月頃 ☐吸入器使用した)

☐咳喘息 ☐てんかん(内服薬_____最終発作_____年____月頃)

☐糖尿病 ☐高血圧 ☐消化器疾患 ☐甲状腺疾患(機能亢進症・機能低下症)

☐心臓疾患 ☐肝臓疾患 ☐腎臓疾患

☐精神疾患 ☐感染症(クラミジア・B型肝炎・C型肝炎・梅毒) ☐その他(_____)

★アレルギーについておたずねします。

*薬剤アレルギー ☐なし ☐あり:(薬品名_____)

*食物アレルギー ☐なし ☐あり:(食品名_____)

*アルコール綿の使用 ☐可 ☐不可

*その他のアレルギー ☐なし ☐あり:(_____)

★タバコを吸いますか？ ☐吸わない・吸う(_____本/日×_____年)

★お酒を飲みますか？ ☐飲まない・飲む(_____合/日×_____年)

★パートナー様についておたずねします。

身長:_____cm 体重:_____kg

タバコは吸いますか？ ☐吸わない・吸う(_____本/日×_____年)

*現在治療中の病気はありますか？

☐なし ☐あり:(疾患名_____治療内容_____)

*泌尿器科系の疾患はありますか？ ☐なし ☐あり:(疾患名_____)