

プレコンセプションケア問診票

*下記太枠項目は必須項目になります。 でチェックをお願いします。

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ID _____

ふりがな		ふりがな	
氏名		(カップルプラン) パートナー氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)	生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
ご職業		職業	
住所	〒	住所	〒
電話番号			
携帯メールアドレス (呼出に必要です)	@		

<p>1) 身長・体重・既往歴・服用薬などについて</p> <p>身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型(Rh+ -)</p> <p>・性交渉の経験はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>・今まで経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> 特に何もなし</p> <p><input type="checkbox"/> 既往歴などがあれば教えてください (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 感染症の既往 (HIV 梅毒 クラミジア B型肝炎 C型肝炎) <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>・内服中のお薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬品名 _____)</p> <p>・内服中のサプリメントはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (サプリメントの内容 _____)</p> <p>・下記のアレルギーありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>「あり」の方⇒<input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ラテックス (<input type="checkbox"/> その他 _____)</p>
<p>2) 月経について</p> <p>・初潮 _____ 歳 ・最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間</p> <p>・(その前の月経) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間</p> <p>・周期(月経がはじまった日から次の月経があるまで) <input type="checkbox"/> 整 (_____ 日周期) <input type="checkbox"/> 不整 (_____ 日から _____ 日)</p> <p>・月経に伴い右記の症状がありますか <input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 頭痛</p> <p>・痛み止めを使用しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>3) 生活習慣について</p> <p>・煙草を吸いますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____ 本/日 <input type="checkbox"/> 現在は吸っていない)</p> <p>・アルコールは摂取しますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ①種類や量 (_____) ②頻度 (・毎日 ・ _____ 日/週)</p> <p>・運動をしていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ①内容 _____ ②頻度 (・毎日 ・ _____ 日/週)</p> <p>・ストレスの自覚はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (・強い ・中くらい ・弱い)</p> <p>・がん検診は受けていますか</p> <p>子宮頸がん <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (最終検診日 _____ 年 _____ 月 異常があった場合はその内容 _____)</p> <p>乳がん <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (最終検診日 _____ 年 _____ 月 異常があった場合はその内容 _____)</p>
<p>4) 結婚について</p> <p><input type="checkbox"/> 未婚 (西暦 _____ 年 _____ 月結婚予定) <input type="checkbox"/> 結婚 (西暦 _____ 年 _____ 月)</p>
<p>5) (パートナーがおられる場合) 健康状態についてお尋ねします</p> <p>・身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型(Rh+ -)</p> <p>・喫煙歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 本/日 ・ 現在は吸っていない)</p> <p>・病歴 (主な病気 _____ 歳の時 _____)</p> <p>・内服中のお薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬品名 _____</p> <p>・内服中のサプリメントはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい サプリメントの内容 _____</p>

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。