女性問診票　（プレコンセプション）

西暦　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	未婚・結婚予定
氏名		西暦　　年　　月　　日　　歳	既婚（　　才で結婚） 初婚 ・ 再婚
住 所	〒	職業	
電話番号		身長 ：　　cm	体重 ：　　kg

適切な診療のため、必要事項のご記入および該当項目へのチェックをお願いします。

1）気になることがありましたらお聞かせください。

□月経異常　□不正出血　□外陰部や膣、おりものの症状　□婦人科系の病気　□下腹部痛・腰痛

□夫婦生活の相談　□子供が欲しい（不妊治療の経験　あり　・　なし）　□その他（　　）

2）月経について

初潮年齢　（　　歳）

最終月経　（　　月　　日 から　　日間）

月経周期　□順調（　　日周期）　□不順（早いと　　日周期、遅いと　　日周期）

出血量　□少ない　□普通　□多い　□最初の 2～3 日のみ多い　□ドロッとした血の塊が出てくる

月経痛　□なし　□少しある　□痛み止めを飲む　□寝込む（動けない）くらい

月経痛以外の症状　□なし　□あり（　　）

性交経験　□なし　□あり

3）妊娠歴について

□なし　□あり（　　歳の時に、出産　・　自然流産　・　中絶）（　　歳の時に、出産　・　自然流産　・　中絶）

4）生活習慣や既往歴について

たばこ　□吸わない　□吸う（1 日　　本）

お酒　□飲まない　□時々飲む（　　ml　　回/　週・月）　□毎日飲む（　　ml）

アレルギー（お薬や食べ物）　□なし　□あり（　　）

内服中のお薬（サプリメント含む）　□なし　□あり（　　）

現在または過去の病歴・手術歴　□なし　□あり（　　歳　病名　　）

（　　歳　病名　　）

5）風疹・麻疹について

風疹にかかったことはありますか？　□不明　□いいえ　□はい（　　歳）

風疹抗体を調べたことはありますか？　□不明　□いいえ　□はい（　　歳　抗体価　　倍）

→はいの方：「杉並区助成事業」で調べましたか？　□不明　□いいえ　□はい

風疹ワクチン（混合含む）を2回以上接種しましたか？　□不明　□いいえ　□はい

麻疹にかかったことはありますか？　□不明　□いいえ　□はい（　　歳）

麻疹抗体を調べたことはありますか？　□不明　□いいえ　□はい（　　歳　抗体価　　倍）

→はいの方：「杉並区助成事業」で調べましたか？　□不明　□いいえ　□はい

麻疹ワクチン（混合含む）を2回以上接種しましたか？　□不明　□いいえ　□はい

6）当院をお知りになったきっかけをお聞かせください。

□ネット検索　□インスタグラム　□家族・知人から紹介　□プレコンゼミ　□雑誌　□その他（　　）

虹クリニック　2026/11/1