

プレコンサルテーションオンライン相談を受診される患者様へ

予診票ご記入のお願い

当センターでは、電子カルテシステムを採用しております。
相談業務をできるだけ効率よく行うため、あらかじめ問診票を記入していただいております。
差し支えない範囲でご記入下さい。
ご記入いただけない項目、不明の項目は、空欄のままで結構です。
なお、ご記入いただいた内容を電子カルテに入力後、問診票は速やかに処分させていただきます。

フリガナ

お名前

診察券番号

記入日

平成 年 月 日

プレコンセプションオンライン相談問診票

(1) 今回のご相談の内容をお教えてください。	
あてはまる項目にチェックをお願いします。 (複数可)	<input type="checkbox"/> 自分の病気で妊娠可能かどうか知りたい <input type="checkbox"/> 自分の病気が妊娠に与える影響を知りたい <input type="checkbox"/> 自分の病気が妊娠でどのように変化するか知りたい <input type="checkbox"/> その他 ()
その他を選んだ方は詳細をご記載ください。	
その中で最もお聞きになりたいものを教えてください。	<input type="checkbox"/> 自分の病気で妊娠可能かどうか知りたい <input type="checkbox"/> 自分の病気が妊娠に与える影響を知りたい <input type="checkbox"/> 自分の病気が妊娠でどのように変化するか知りたい <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 現在かかりつけの病院はありますか。	
あてはまる項目にチェックをお願いします。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はいの場合、次の中から選択してください。 (複数可)	<input type="checkbox"/> 当院内科 <input type="checkbox"/> 当院小児科 <input type="checkbox"/> 当院以外の病院
当院以外の病院を選択された方は病院名および科をご記載ください。	

(3) 今回ご相談になりたいご病気についてお伺いします。	
<p>今回ご相談になりたいご病気をご心配な順番にお書きください。</p>	
<p>上に記入していただいたご病気で、現在使用しているお薬をお書きください。</p>	
<p>(3)でご記入していただいたご病気で、以前行った治療をお選びください。(複数可)</p>	<input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> ステロイド治療 <input type="checkbox"/> 手術
<p>上で選択いただいた治療について、ご年齢と治療内容をお書きください。</p>	<p>年齢 ()歳 治療内容 ()</p> <p>年齢 ()歳 治療内容 ()</p> <p>年齢 ()歳 治療内容 ()</p> <p>年齢 ()歳 治療内容 ()</p>

(4) これまでの妊娠・分娩について教えてください。	
妊娠回数 (今回の妊娠を含まない)	()回
分娩回数 (今回の妊娠を含まない)	()回
中期以降の流産を しましたか。 (妊娠 13 週以降妊娠 37 週までの分娩)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
ありの方は回数と分娩 週数を教えてください。	()回 (1回目)()週 (2回目)()週、(3回目)()週
帝王切開をしたことが有 る方はその回数を教え てください。	()回
自然流産(妊娠 12 週ま で)をしたことが有る方 はその回数と流産手術 をした回数を教えてください。	自然流産 ()回 流産手術 ()回
人工妊娠中絶(経膈的 な掻爬術)をしたことが 有る方はその回数を教 えてください。	()回
人工妊娠中絶(分娩)を したことが有る方はその 回数を教えてください。	()回
その他に伝えておきた いことがあればお書きく ださい。	

(5) これまでの妊娠分娩で妊娠 12 週までの流産以外のものについての詳細をお聞きます。
 (双胎以上のお子様場合はお子様毎にご記入をお願いします。)
 (例:切迫早産で入院 → 異常あり 例:産後血圧が上昇し投薬を受けた → 異常あり)

分娩情報(1)

年齢	()歳の時、分娩週 ()週で分娩	分娩の異常について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
分娩結果	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産	→ ありの場合、詳細を 教えてください。	
胎児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎 <input type="checkbox"/> 三胎以上		
分娩法	<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	産褥異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
児情報	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生後の子の状態	<input type="checkbox"/> 健常 <input type="checkbox"/> その他
出生体重	()g	→ その他を選んだ方は 詳細をご記載ください。	

分娩情報(2)

年齢	()歳の時、分娩週 ()週で分娩	分娩の異常について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
分娩結果	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産	→ ありの場合、詳細を 教えてください。	
胎児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎 <input type="checkbox"/> 三胎以上		
分娩法	<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	産褥異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
児情報	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生後の子の状態	<input type="checkbox"/> 健常 <input type="checkbox"/> その他
出生体重	()g	→ その他を選んだ方は 詳細をご記載ください。	

(6) これまでにかかったことのある病気やその治療についてお聞きます。
 (上記(3)でご記入いただいた内容以外についてご記入ください。)
 ◇かかったことのある病気について、何歳からか、また治療の有無について教えてください。
 ◇治療内容、または手術の内容を記載してください。
 (例: (3歳から) 病気の名前(気管支喘息) 治療あり(吸入)
 (2歳) 病気の名前(卵巣腫瘍) 治療あり(開腹して卵巣腫瘍摘出))

既往歴・手術歴(1)

年齢	()歳
病気の名前	
治療の有無	<input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 治療あり
治療内容	

既往歴・手術歴(2)

年齢	()歳
病気の名前	
治療の有無	<input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 治療あり
治療内容	

既往歴・手術歴(3)

年齢	()歳
病気の名前	
治療の有無	<input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 治療あり
治療内容	

既往歴・手術暦(4)	
年齢	()歳
病気の名前	
治療の有無	<input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 治療あり
治療内容	
既往歴・手術暦(5)	
年齢	()歳
病気の名前	
治療の有無	<input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 治療あり
治療内容	
輸血歴	
これまでに輸血をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

(7) あなたの身体情報や生活習慣についてお聞きします。	
現在の年齢を教えてください。	()歳
現在お住まいの都道府県を教えてください。	
身長と体重を教えてください。	
身長	()cm
体重	()kg
ご自身の飲酒・喫煙について教えてください。	
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 機会飲酒のみ <input type="checkbox"/> ほぼ毎日
喫煙	<input type="checkbox"/> 喫煙したことはない <input type="checkbox"/> 以前は喫煙していたがやめた <input type="checkbox"/> 現在喫煙している
以前喫煙していた・現在喫煙している方にお伺いします。	
喫煙を始めた年齢を教えてください。	()歳
平均して1日に何本ぐらい吸っていたまたは吸っていますか。	()本
アレルギーについて教えてください。	
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
→ 薬品名を教えてください。	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
→ 食品名を教えてください。	
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
→ アレルギー内容を教えてください。	
花粉症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

(8) これまでの検診・ワクチン摂取についてお聞きします。	
子宮頸がんの検診を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
風疹ワクチンを受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
◇ ありの場合は一番最近の検査の時期とその結果を教えてください。	
検査時期	()年()月
検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
異常ありを選んだ方は詳細をご記入ください。	
(9) 現在飲まれているお薬についてお聞きします。	
現在飲まれているお薬はありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
→ ありの場合、詳細を教えてください。	
(10) 月経についてお聞きします。	
周期はいかがですか。	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不調
初経はいつですか。	()歳ごろ

(11) 精神的な問題での通院有無について教えてください。	
あなたは現在、精神的な問題で通院していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この1カ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この1カ月間、どうも物ごとに対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(12) 生まれた時の週数、体重について教えてください。	
生まれた時の週数	()週
正確に分からない場合は次のいずれに該当するか教えてください。	<input type="checkbox"/> 早産(~36週) <input type="checkbox"/> 正期産(37週~41週) <input type="checkbox"/> 通期産(42週~) <input type="checkbox"/> 不明
生まれた時の体重はいくらですか。	()g
正確に分からない場合は次のいずれに該当するか教えてください。	<input type="checkbox"/> ~1999g <input type="checkbox"/> 2000g~2499g <input type="checkbox"/> 2500g~2999g <input type="checkbox"/> 3000g~3499g <input type="checkbox"/> 3500g~3999g <input type="checkbox"/> 4000g~ <input type="checkbox"/> 不明
(13) ご家族の健康状態についてお聞きます。 糖尿病・高血圧についてはチェックを、その他については該当する病名をご記入ください。	
◇ 実父	
年齢	()歳
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
→ その他の場合、病名を記載してください。	
◇ 実母	
年齢	()歳
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
→ その他の場合、病名を記載してください。	

◇ 兄弟姉妹	
年齢	()歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
→ その他の場合、病名を記載してください。	
◇ 兄弟姉妹	
年齢	()歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
→ その他の場合、病名を記載してください。	
◇ 兄弟姉妹	
年齢	()歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
→ その他の場合、病名を記載してください。	

◇ お子様	
年齢	()歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
→ その他の場合、病名を記載してください。	
◇ お子様	
年齢	()歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
→ その他の場合、病名を記載してください。	
◇ お子様	
年齢	()歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他
→ その他の場合、病名を記載してください。	
その他に伝えておきたいことがあればお書きください。	

(14) 不妊治療歴についてお聞きします。	
これまで下記の検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
受けたことがあるもの全てにチェックをお願いします。	<input type="checkbox"/> 基礎体温表 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> その他
時期	()年()月頃
不妊治療を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
治療を受けたことがある方にお聞きします。	
受けたことがあるもの全てにチェックをお願いします。	<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精(IVF-ET) <input type="checkbox"/> 顕微受精(ICSI) <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 <input type="checkbox"/> 卵子提供
選択肢に該当がない場合、ご記入ください。	

以上