

プレコンセプションケア外来（妊娠前相談外来）問診票【女性用】

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名			
生年月日	西暦	年	月 日 () 歳
身長・体重	身長 () cm	体重 () kg	職業
パートナー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
妊娠希望時期	<input type="checkbox"/> すぐ <input type="checkbox"/> 半年～1年 <input type="checkbox"/> 2～3年 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 希望なし		

◆ 本日の受診目的は何ですか？

- 将来の妊娠に備えて、健康状態をチェックしたい
- 持病や過去の既往症があり、妊娠への影響を知りたい
- 妊娠や健康に関する情報を知りたい
- 以前の妊娠で問題や不安があった
- その他 ()

◆ 希望する受診内容

- カウンセリングのみ
- 基本コース
- オプション検査：AMH、帯下検査（淋菌＋クラミジア）、子宮頸部細胞診、腰椎 DEXA、血液検査（クラミジア・IgG）、感染症検査（風疹・麻疹・ムンプス・水痘）、ホルモン検査（エストロゲン、LH、FSH）

◆ 生活習慣について

喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 本/日 <input type="checkbox"/> 以前吸っていた		
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日（種類や量：)		
食生活	<input type="checkbox"/> 欠食あり <input type="checkbox"/> 外食が多い <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている		
運動習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週 () 回	睡眠時間	平均 () 時間
ストレス	<input type="checkbox"/> 感じている <input type="checkbox"/> あまり感じていない		

◆ 月経・産婦人科歴について

初経年齢	歳	最終月経	月 日～
月経周期	<input type="checkbox"/> 順調 () 日周期 <input type="checkbox"/> 不順	持続日数	日
月経量	<input type="checkbox"/> 多い（レバーのような塊がでる） <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		
月経痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（軽い・市販薬で可・生活に支障あり）		
性交経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
避妊	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（低用量ピル・コンドーム・リング・その他）		
妊娠歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（出産 回・流産 回・中絶 回）		

