

# ブライダルチェック

## 問診票(女性用)

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな 氏名	( _____ 歳)	携帯番号			
		職業			
		夜勤	有 ・ 無	休日	有 ・ 無
生年月日	S ・ H _____ 年 _____ 月 _____ 日	身長	cm	体重	kg

### あなたの月経周期についてお答えください

初経: \_\_\_\_\_ 歳      最終月経(\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_日間)      本日:(受診日) 生理開始 \_\_\_\_\_ 日目

周期:  順調( \_\_\_\_\_ 日型)       不順(\_\_\_\_\_日型 ~ \_\_\_\_\_日型)

生理痛:  ある(鎮痛剤 必要 不要)       ない

生理以外の出血:  ある (子宮がん検診の受診日 最終 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)       ない

生理について、気になることがあれば、記入ください

過去に病気を指摘されたことはありますか？

ない       ある      病名: \_\_\_\_\_      病院名: \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

過去に手術を受けられたことがありますか？

ない       ある      病名: \_\_\_\_\_      病院名: \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

薬でアレルギーが出たことがありますか？

ない       ある      薬剤名: \_\_\_\_\_

食物アレルギーはありますか？

ない       ある      食品名: \_\_\_\_\_

基礎体温をつけていますか？       はい       いいえ

性交(セックス)の経験はありますか？       はい       いいえ

過去の妊娠はありますか？       ない       ある      \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ

過去に流産はありますか？       ない       ある      \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ

過去に中絶はありますか？       ない       ある      \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ

結婚の予定はありますか？       ない       ある      \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ

### 以下の質問にお答えください

・運動はされていますか？       はい       いいえ  
はいの方: 運動名と頻度、時間を教えてください(運動名: \_\_\_\_\_ 時間: \_\_\_\_\_ 頻度: \_\_\_\_\_ )

・たばこを吸いますか？       吸う(1日 \_\_\_\_\_ 本 × \_\_\_\_\_ 年)       いいえ

・冷え症はありますか？       ある       ない

・貧血ですか？       はい       いいえ

・便秘ですか？       はい       いいえ

・浮腫みやすいですか？       はい       いいえ

・疲れやすいですか？       はい       いいえ

・睡眠はどれくらいですか？      (約 \_\_\_\_\_ 時間)      起床: \_\_\_\_\_ 時      就寝: \_\_\_\_\_ 時