

# プレコンセプションチェック問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな						
氏名						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
連絡先			ご職業			

## 1) 身長・体重・既往歴・服用薬などについて

身長：\_\_\_\_\_cm 体重：\_\_\_\_\_kg BMI：\_\_\_\_\_ 血圧：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\* 今まで妊娠・出産のご経験はありますか あり (妊娠：\_\_\_\_\_回、出産：\_\_\_\_\_回) なし

\* 現在、治療中のご病気はありますか

あり【\_\_\_\_\_】 なし

\* 今までかかったご病気や、手術のご経験はありますか

あり【\_\_\_\_\_】 なし

感染症の既往歴があれば教えてください

【 クラミジア 梅毒 B型肝炎 C型肝炎 HIV その他 \_\_\_\_\_】

\* 内服中のお薬はありますか あり ※お薬手帳があればご提出ください なし

【薬品名：\_\_\_\_\_】

\* 内服中のサプリメントはありますか あり なし

【内容：\_\_\_\_\_】

\* アレルギーはありますか あり【\_\_\_\_\_】 なし

\* ご家族が今までかかったご病気や、現在も治療中のご病気はある場合は教えてください

【\_\_\_\_\_】

## 2) 月経について

\* 初潮：\_\_\_\_\_歳 \* 最終月経（一番最近の生理）：\_\_\_\_\_年 月 日～ 日間

\* 生理の周期（生理が始まった日から次の生理が始まるまで）：\_\_\_\_\_日周期 不順

\* つらい生理痛はありますか 下腹痛 腰痛 頭痛 その他【\_\_\_\_\_】

\* 痛み止めは使いますか はい (1日に\_\_\_\_\_回服用) いいえ

\* そのほかに、生理のことで悩んでいることがあったら教えてください

【\_\_\_\_\_】

## 3) ご結婚について

\* ご結婚していますか \_\_\_\_\_年に結婚 \_\_\_\_\_年に結婚予定 していない

\* 現在、妊娠をご希望されていますか はい \_\_\_\_\_年ごろ希望 希望していない

#### 4) 生活習慣について

- \* タバコを吸いますか  いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ 本/日)  以前吸っていたが今は吸わない
- \* アルコールは摂取しますか  いいえ  はい (頻度・量: \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ ml くらい)
- \* 一年以内に、検診は受けていますか
- ・ 婦人科超音波検査: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 【結果: \_\_\_\_\_】  いいえ
  - ・ 子宮頸がん検診: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 【結果: \_\_\_\_\_】  いいえ
  - ・ 乳がん検診: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 【結果: \_\_\_\_\_】  いいえ
- \* 食事に気をつけていますか  気をつけている
- 【 摂取カロリーを減らす ・ 野菜をとる ・ タンパク質をとる ・  
脂質を減らす ・ 炭水化物を減らす ・ 甘いものを減らす 】
- 時々は気にする  意識していない
- \* 運動していますか  している 【 有酸素運動 ・ 筋トレ ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) 】
- 【 ( \_\_\_\_\_ ) 時間/週】
- していない
- \* 睡眠時間は何時間ですか ( \_\_\_\_\_ ) 時間
- 朝起きたときスッキリしていますか  している  していない
- 日中眠くなることはありますか  ある  ない
- \* ストレスはありますか  ある  ない
- 自分にとって何がストレスかわかりますか  わかる  わからない
- ストレスをケアする方法はありますか  ある 【 運動 ・ カラオケ ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) 】
- ない
- 困ったときに相談できる人やグループはありますか  ある 【 家族 ・ 友人 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) 】
- ない

#### 5) 膣ケア/性感染症について

- \* 性交渉の経験はありますか  ある  ない
- 性交渉のある方は避妊をしますか  する  しない
- 避妊をする方はどの方法を実施しますか 【 コンドーム ・ 膣外射精 ・ ピル ・ 子宮内リング 】
- \* おりものが気になりますか  気になる 【 量 ・ 色 ・ 匂い ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) 】
- 気にならない
- \* 性感染症にかかったことはありますか  ある 【 性器クラミジア ・ 淋菌感染症 ・ 性器ヘルペス ・  
尖圭コンジローマ ・ 梅毒 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) 】
- ない

## 6) 予防接種について

\* 以下の予防接種について教えてください

風疹ワクチンを接種しましたか  はい（時期：\_\_\_\_\_）  いいえ  わからない

子宮頸がんワクチンを接種しましたか  はい（時期：\_\_\_\_\_）  いいえ  わからない

## 7) 身体のことや、将来の妊娠のことで心配事や知りたいことがあれば書いてください

[ ]

## 7) 「卵子凍結」について興味はありますか

希望している  話だけでも聞きたい  特になし  その他【 \_\_\_\_\_ 】

---

### 【スタッフ記入欄】

【スタッフ記入欄】		サイン
プラン確認	ベーシックプラン・カップルプラン	
母子手帳	持参（あり・なし）	
オプション確認	別紙記入	
memo		