

産婦人科問診票

☆診療上必要な情報となりますので
正確にご記入ください。

記入日

年

月

日

ふりがな		生年月日(年齢)	身長	体重	妊娠(妊娠前体重)
お名前		(西暦) 年 月 日 (歳)	cm	kg	kg
住所	〒	電話番号 自宅		携帯	
勤務先名		勤務先電話番号			
血液型	()型 Rh(+ ・ -)	紹介状	なし ・ あり		
職業		宗教	なし ・ あり ()		
性交経験	なし ・ あり	喫煙習慣	なし ・ あり ()		
授乳中	いいえ ・ はい	飲酒習慣	なし ・ あり (回/週)		

◆本日来院された理由は何ですか ※当てはまる項目に☑、または○をつけご記入ください。

<input type="checkbox"/> 妊娠診断:検査薬で調べた	<input type="checkbox"/> はい (月 日) 結果 (陽性 ・ 陰性)	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 現在妊娠中	分娩予定日 月 日 (本日 週 日)	まだ決定していない
※ 出産しますか (はい ・ いいえ ・ 検討中) 分娩場所は (当院 ・ 他院 ・ 検討中)		

<input type="checkbox"/> 月経不順	<input type="checkbox"/> 月経痛	<input type="checkbox"/> おりものが気になる(量が多い ・ 色(色) ・ におい)
<input type="checkbox"/> 性交痛	<input type="checkbox"/> 膀胱炎症状	<input type="checkbox"/> 陰部:かゆみ・痛み・その他 ()
<input type="checkbox"/> 腹痛 (上腹部 ・ へそ周囲 ・ 下腹部)	<input type="checkbox"/> 不正出血	
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 性病検査	<input type="checkbox"/> 更年期症状 ()
<input type="checkbox"/> 月経をずらしたい (月経を避けたい期間 月 日 ~ 月 日)		
<input type="checkbox"/> 避妊の相談 (リング希望 ・ 低用量ピル希望 ・ アフターピル希望)		
<input type="checkbox"/> 不妊 (相談)	※ 不妊相談は初めてですか。 (はい ・ いいえ)	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

◆ 月経についてお答えください

初潮 ()歳	月経周期	規則的 (日型) ・ 不規則
閉経 ()歳	※月経開始日より次の月経前日までの日数	
月経の量	多い ・ 普通 ・ 少ない	月経痛 あり(強い ・ 我慢できる程度) ・ なし
最終月経開始日	(月 日) から (日間) ← この前は (月 日) から (日間) ・ 不明	

◆ 下記の病気に、現在または今までにかかったことはありますか (いいえ ・ はい)

※ 「はい」の方は、あてはまる項目に☑チェックしてください。

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 婦人科疾患	<input type="checkbox"/> 膠原病
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> 血栓症	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 心療内科受診歴	<input type="checkbox"/> その他 :	
<input type="checkbox"/> (小児)喘息 (治療中 使用している薬 :					最終発作: 歳)	
<input type="checkbox"/> 結核 (発症年齢 : 歳)		<input type="checkbox"/> 結核の予防内服 (歳)				

◆ 上記の病気のうち喘息と結核以外にチェック☑をつけた方はお答えください。 ※ 病名がある方はお答えください。

病名()	発症年齢 (歳)→	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 治療中	投薬:なし・あり ()
病名()	発症年齢 (歳)→	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 治療中	投薬:なし・あり ()
病名()	発症年齢 (歳)→	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 治療中	投薬:なし・あり ()

◆ 手術を受けたことがありますか(いいえ ・ はい) ※ 「はい」の方はお答えください

手術名 :	(歳) 麻酔 (全身 脊椎 局部)	病院名()
手術名 :	(歳) 麻酔 (全身 脊椎 局部)	病院名()

◆ 過去に輸血(血液製剤も含む)を受けたことがありますか (いいえ ・ はい) ※ 「はい」の方はお答えください

いつ (西暦 年 歳) 輸血理由()

◆ アレルギーについてお答えください

薬	アレルギー	お薬の種類 ()	→症状 ()
	なし ・ あり	お薬の種類 ()	→症状 ()
食物	アレルギー	食べ物の種類()	→症状 ()
	なし ・ あり	食べ物の種類()	→症状 ()
その他	アレルギー	<input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> 歯科麻酔薬	
	なし ・ あり	<input type="checkbox"/> その他 ()	

◆ 機能障害についてお答えください

視覚障害 (なし ・ あり) コンタクト使用 (なし ・ あり) 聴覚障害 (なし ・ あり) : (両 ・ 右 ・ 左)

◆ 妊娠したことがありますか (いいえ ・ はい) ※ 「はい」の方は下記表にご記入ください

西暦	年	/月	/日	出産年齢	週数	分娩方法(あてはまるものに○)					体重	性別		生産	死産	
						正常	吸引	帝王切開	流産	中絶	子宮外妊娠	g	男	女	生	死
/	/					分娩施設名 :										
/	/					正常	吸引	帝王切開	流産	中絶	子宮外妊娠		男	女	生	死
/	/					分娩施設名 :										
/	/					正常	吸引	帝王切開	流産	中絶	子宮外妊娠		男	女	生	死
/	/					分娩施設名 :										
/	/					正常	吸引	帝王切開	流産	中絶	子宮外妊娠		男	女	生	死
/	/					分娩施設名 :										
/	/					正常	吸引	帝王切開	流産	中絶	子宮外妊娠		男	女	生	死
/	/					分娩施設名 :										

◆ パートナー及びご自分の両親、兄弟(姉妹)、子など血縁関係者について該当することがあればご記入ください

既婚 (西暦 年) 未婚 入籍予定 死別 夫 (パートナー)の血液型(型)

続柄	年齢	健康状態	現在または今までにかかった病気(あてはまるものに○)												
		健 否	糖尿病	高血圧	心臓病	ガン	結核	血栓症	その他()						
		健 否	糖尿病	高血圧	心臓病	ガン	結核	血栓症	その他()						
		健 否	糖尿病	高血圧	心臓病	ガン	結核	血栓症	その他()						
		健 否	糖尿病	高血圧	心臓病	ガン	結核	血栓症	その他()						
		健 否	糖尿病	高血圧	心臓病	ガン	結核	血栓症	その他()						
		健 否	糖尿病	高血圧	心臓病	ガン	結核	血栓症	その他()						