



産婦人科初診問診票

年 月 日 記載

お名前 _____ 様 (才) 身長 _____ cm 普段の体重 _____ kg

①今日はどうされましたか？ をつけてください。

- 妊娠かどうか 予定の月経がない 月経以外で出血がある おなかに違和感がある
- お腹が痛い おりものが多い 外陰部にかゆみがある 子宮がん検診
- 乳腺炎 排尿時痛 不妊相談 *今までに治療した事が (ある・ない)
- 分娩希望 (当院・里帰り・未定) 前回みつかった病気の定期健診 病名 (_____)
- 中絶希望 (当院での取り扱いなし) その他 (_____)

*妊娠判定をされましたか？ (はい・いいえ) _____ 月 _____ 日 (病院・市販の妊娠検査薬) (陽性・陰性)

②子宮癌検診を受けていますか？ (はい・いいえ) 最終検診 年 月 結果の異常 有・無

③今まで病気をした事がありましたか？ (はい・いいえ) *はいの方は下記も記入してください。

| 年齢 | 病名 | 病院名 | 手術しましたか？ | 輸血しましたか？ |
|----|----|-----|----------|----------|
| 才 | | | はい・いいえ | はい・いいえ |
| 才 | | | はい・いいえ | はい・いいえ |

④現在、通院されている病院や内服している薬はありますか？ (はい・いいえ)

| 年齢 | 病名 | 病院名 | 薬品名 | 使用期間 |
|----|----|-----|-----|------|
| | | | | |

⑤ご自身の両親又は兄弟姉妹に以下の病気の方はいますか？

・高血圧 (どなた) ・糖尿病 (どなた) ・癌 (どなた) ・その他遺伝性の病気 (病名)

⑥薬・食品やその他アレルギーはありますか？ (はい・いいえ) 名 _____

⑦タバコは吸いますか？ (はい・いいえ) 1日 _____ 本 _____ 年間

⑧飲酒はしますか？ (はい・いいえ) 週 _____ 日

⑨月経歴について 初経 _____ 才 閉経 _____ 才
 最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 月経周期 _____ 日 ~ _____ 日 周期 (順・不順) 持続 _____ 日間
 月経量 (少・中・多) 月経痛 (なし・弱・中・強) 月経中に痛み止めを服用する (する・しない)

⑩結婚していますか？ (既婚・未婚) 結婚 _____ 才 (年 ヵ月) 夫年令 _____ 才 血液型 (_____)

*入籍の予定はありますか？ (有・無)

⑪性交渉の経験はありますか？ (あり・なし)

⑫過去の妊娠・分娩について該当する事項を記入してください。

妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回 自然流産 _____ 回 人工流産 _____ 回

| 年/月 | 年令 | 妊娠期間 | 出生体重 | 性別 | 分娩方式 | 病院名 |
|-----|----|------|------|-----|-------------------|-----|
| 年 月 | 才 | ヵ月 | g | 男・女 | 正常・帝王切開・自然流産・人工流産 | |
| 年 月 | 才 | ヵ月 | g | 男・女 | 正常・帝王切開・自然流産・人工流産 | |
| 年 月 | 才 | ヵ月 | g | 男・女 | 正常・帝王切開・自然流産・人工流産 | |
| 年 月 | 才 | ヵ月 | g | 男・女 | 正常・帝王切開・自然流産・人工流産 | |

⑬その他、気になることがありましたらご記入ください。

[_____]

