

# 産婦人科初診問診票

年 月 日記載

お名前 ( 才 ) 身長 cm 普段の体重 kg

※ローマ字 (外国籍の方のみ) Name

ご職業 ※健康保険証 有 無 ※在留カード (外国籍の方のみ) 有 無

以下の質問にお答えください (当てはまるものに☑印及び必要項目をご記入下さい)

## ①今日はどうされましたか？

- 妊娠かどうか 予定の月経がない 月経以外で出血がある お腹に違和感がある  
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 有 無 )  
分娩希望 ( 当院 里帰りで他院分娩 未定 ) 中絶希望  
前回みつかった病気の定期健診 病名 ( )  
その他 ( )

※妊娠判定をされましたか？ はい いいえ

「はい」の方→ 月 日 判定方法 市販の検査薬 病院 判定結果 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 (体の病気・心の病気) 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

「はい」の方は下記も記入してください。(葉酸などのサプリメントも含む)

年齢	病名	病院名	薬品名	使用期間
才				

## ⑤ご自身の両親又は兄弟姉妹、祖父母に以下の病気の方はいますか？ はい いいえ

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

## ⑥喘息はありますか？ はい いいえ 薬・食品やその他アレルギーはありますか？ はい いいえ

アレルギー「はい」の方→ アトピー その他 ( )  
薬剤 ( ) 食品 ( )

## ⑦タバコは吸いますか？ いいえ はい 1日 本 年間 過去には吸っていた 1日 本 年間

飲酒はしますか？ いいえ はい 毎日 週2~3日 付き合い程度

現在も飲酒していますか？ はい いいえ

## 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 カ月 ) 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？ 有 無

## 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 中絶 回

出産年	出産年令	妊娠期間	出生体重	性別	分娩方式	病院名
年 月	才	週	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年 月	才	週	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年 月	才	週	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年 月	才	週	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	

## ⑬最後に当院を受診されたきっかけをお聞かせください。(複数選択可)

- 知人の紹介 他院の紹介 近所に住んでいる SNS 当院のホームページ  
広告や案内等 以前受診したことがある  
その他 ( )

## ⑭その他、気になることがありましたらご記入下さい。

( )

