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

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（当院では行っておりません）　☐その他（　）

***妊娠判定をされましたか？**（ いいえ・はい ）　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？　（ いいえ・はい ）　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？（ いいえ・はい ）＊**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？

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？　（ いいえ・はい ）

・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・喘息はありますか？　（ いいえ・はい ）　名

⑦タバコは吸いますか？　（ いいえ・はい ）　１日　本　年間

⑧飲酒はしますか？　（ いいえ・はい ）　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？　（ なし・あり ）

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（妊娠中絶）　回

出産年	出産時年令	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	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年　月	才	ヵ月	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年　月	才	ヵ月	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	
年　月	才	ヵ月	g	男・女	普通・吸引・鉗子・帝王切開	

⑬その他、気になることがありましたらご記入ください。

TOKYO RIVER SIDE HOSPITAL