



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

*健康保険証 有 無 在留カード 有 (外国籍の方のみ) 無

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 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？

・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？ (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 回

出産年	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。

[]

