

《産科・婦人科問診票》

お名前 _____

年 月 日 _____

診察を受けられるにあたって、必要なことから診察前におうかがい致します。診察の順番をお待ちの間に、この問診票の各項目にご記入ください。

1. 本日来院された理由

来院の理由や症状を下から選んで○で囲んでください

妊娠、妊娠の疑い、分娩希望、中絶希望、月経痛、月経の量が多い・少ない、月経が長い・短い、月経不順、PMS、不正出血、不妊、子宮筋腫、腰痛、下腹痛、更年期障害、膀胱炎、癌の検診、外陰部がかゆい・痛い、おりもの、ピル希望、避妊相談、生理をずらす薬希望、性病検査

市販の検査薬で検査した日(月 日)(+ ・ -)

その他の症状:

2. 月経について

- ・はじめて月経があったのは()歳
- ・月経は順調ですか(はい・いいえ) ・月経周期は()日型 ・出血は()日間
- ・月経の出血量は(多・中・少) ・月経痛は(強・中・弱・無)
- ・最近にあった月経は()月()日から ()日間
- ・その前の月経は()月()日から ()日間 ※わかっていれば書いてください
- ・閉経()歳

3. あなた自身のことについて

- ・結婚したのは()歳
- ・SEXの経験はありますか (ない・ある)
- ・妊娠の経験がある方は、今までの分娩やその他の妊娠について、以下の表に記入してください

	年齢又は年月	妊娠月数 又は週数	妊娠経過	妊娠中や分娩時の異常	児の 性別	出生体重	健否
1			分娩・流産・人工中絶				
2			分娩・流産・人工中絶				
3			分娩・流産・人工中絶				
4			分娩・流産・人工中絶				

・現在治療中(又は通院中)の病気がありますか(ない・ある)(病名)

・今まで何か大きな病気にかかったことがありますか(ない・ある)(病名)

・今まで手術の経験はありますか(帝王切開含む)(ない・ある)(病名)

・現在内服中の薬はありますか(ない・ある)(薬品名)

・アレルギーはありますか(ない・ある) ・ゴムアレルギー(ない・ある)
(薬品名: 食べ物: その他:)

・あなたは喫煙していますか (いない・はい…一日 本位)

・あなたと同居しているご家族で喫煙される方はいますか(いない・はい…一日 本位)

・お酒は飲まれますか(いない・はい…一日 ml位)

・治療上どうしても輸血が必要な場合、同意なさいますか(はい・いいえ・わからない)

・癌の告知は希望されますか(はい・いいえ・わからない)

・あなたの職業()

・あなたの年齢()歳、身長()cm、体重()kg

※妊娠中の方は、妊娠前の体重をお書きください