

# 産科婦人科外来問診表

フリガナ

お名前

(〒 - )

住所

生年月日 / / 年齢( )

記入日 年 月 日

TEL

(携帯)

身長 cm 体重 kg

血液型( ) RH(+・-)

職業

## I どうなさいましたか

- ① 妊娠の確認
  - ・ 妊娠検査薬(+・-)(H . . )
  - ・ 検査していない(妊娠検査希望)
- ② 分べんの希望(当院・他院)
- ③ 中絶希望
- ④ 癌の検査
- ⑤ 月経の異常
- ⑥ 月経と違った出血
- ⑦ おりものが多い(赤・ピンク・褐色・黄色・白)
- ⑧ 陰部がかゆい、痛い
- ⑨ おなか・腰が痛い

- ⑩ しこり(おなか・陰部・乳房)
- ⑪ 尿がちかい・排尿痛
- ⑫ 頭痛、めまい、のぼせ
- ⑬ 不眠、いらいら、肩こり
- ⑭ 食欲がない、はきけ
- ⑮ 子供ができない(不妊治療)
- ⑯ 性生活・避妊の相談(ピル・IUD)
- ⑰ 性病の心配
- ⑱ その他症状

( )

## II 子宮がん検診を受けましたか? はい ・ いいえ

「はい」の方⇒(H . . )受診、結果に異常 あり ・ なし

## III あなたの月経について

- ① はじめて月経をみた年齢(初潮) \_\_\_\_歳(小・中学 年)
- ② 何歳まで月経がありましたか(閉経) \_\_\_\_歳
- ③ 最後の月経はいつでしたか  
\_\_\_\_年 月 日から \_\_\_\_日間(その前の月経は 月 日から \_\_\_\_日間)
- ④ 月経は順調にきていますか 順調( 日周期) ・ 不順  
※周期とは月経開始日より次の月経開始の前日までの日数です
- ⑤ 月経は何日ぐらい続きますか ( )日間
- ⑥ 月経の量は 多い ・ 普通 ・ 少ない
- ⑦ 月経痛はありますか いいえ ・ はい(部位は: )
- ⑧ 月経痛以外で何か辛いことはありますか いいえ ・ はい( )

※妊娠中の方は裏面の記入をお願いします

## IV 結婚、妊娠、出産について

- ① 性交(セックス)の経験がありますか はい ・ いいえ
- ② 結婚していますか はい(初婚・再婚) ・ いいえ(予定あり)
- ③ 今までに妊娠したことがありますか はい ・ いいえ
- ④ 上記③の質問に“はい”と答えた方は次にお答えください  
・ 妊娠( )回、分べん( )回、自然流産( )回、人工妊娠中絶( )回  
それはいつですか
- 1) 年 月 日 g 男・女 週 正常・吸引・帝王切開・分娩施設( )
- 2) 年 月 日 g 男・女 週 正常・吸引・帝王切開・分娩施設( )
- 3) 年 月 日 g 男・女 週 正常・吸引・帝王切開・分娩施設( )  
妊娠経過中になにか異常はありましたか(あり ・ なし)( )

## V 既往歴について

- ① 今までにかかった病気や受けた手術について(婦人科以外も含めて) あり ・ なし  
( )歳の時 ( )
- ( )歳の時 ( )
- ② 現在内服している・過去に内服した薬がありますか  
ない ・ ある(睡眠薬・抗不安薬・向精神薬・その他 )
- ③ 今までにカウンセラーや心療内科・精神科に自分のことを相談したことがありますか  
ない ・ ある( )
- ④ アレルギー体質(気管支喘息・じんましん・鼻炎等)と医師に言われたことがありますか  
はい ・ いいえ
- ⑤ 今まで使った薬や注射で副作用(じんましん・気分不良等)を起こしたことがありますか  
はい ・ いいえ
- ⑥ 輸血を受けたことがありますか  
はい ・ いいえ

## VI 家族の中に特別な病気の人がいますか

いない ・ いる → 遺伝病・高血圧・糖尿病・がん・その他( )

- VII ① 飲酒の習慣がありますか ない ・ ある(毎日・たしなむ程度)
- ② 喫煙の習慣がありますか ない ・ ある(1日 本) ・ あったが今はやめている

## VIII さしつかえなければ当院を選ばれた理由をおしえてください。

近いから ・ 以前受診したことがある ・ 知人(氏名 )の紹介  
その他( )

## IX 御主人(相手の方)について

- ① 年齢( )歳 職業( ) 初婚 ・ 再婚
- ② 健康ですか はい ・ いいえ 血液型( ) RH(+・-)
- ③ 今までにかかった主な病気は ( )
- ④ 喫煙の習慣がありますか ない ・ ある