



# 産婦人科外来問診票

H 年 月 日

診察券番号 \_\_\_\_\_ お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 職業( \_\_\_\_\_ )

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (妊娠中の方は妊娠前の体重を記入)

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

下記質問に答えて、フロント（受付）にお渡してください。

あてはまる□にはレでチェックを、( ) 内には数字や文字を記載してください。

**0.最近、子宮癌検診を受けたことがありますか？** [ 無 有:( )年( )月ごろ受けた ]  
結果はどうでしたか？異常は [ 無 有:( ) ]

1.どうなさいましたか？

妊娠に関すること

- 妊娠かどうか→産みたい 妊娠( )週 里帰り分娩希望 中絶希望 迷っている  
市販の妊娠判定検査:[ 調べた→いつですか？ \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 調べていない 他院にて ]  
当院での出産希望:[ 有 無 ]  
その他( )

何か症状があった

- 外陰部のかゆみ・痛み おりもの 不正出血 下腹部痛・腰痛 生理痛 生理不順  
子供ができない 膀胱炎(尿が近い、排尿時痛い) 性病の心配  
更年期症状(ほてり、肩こり、不眠) 子宮が下がる  
避妊をしたい、避妊の方法を知りたい 月経をずらしたい  
その他( )

他の病院・検診で指摘された

- 子宮筋腫 子宮内膜症(子宮腺筋症含) 卵巣腫瘍  
その他( )

検診希望 癌検診 ( 子宮頸がん 子宮体がん ) その他( )

2.月経について

・一番最近にあった生理は \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_日間  
(その前は \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_日間)

・閉経した年齢は( )歳  
・はじめて生理があったのは( )歳

・生理は順調ですか？ [ はい いいえ ]  
・生理の周期は( )日型、不順なら( )～( )日型  
・生理は何日続きますか？( )日間  
・生理の出血量は [ 少 普通 多 ]

・生理痛の程度は [ 無 弱(痛み止めなし) 中(痛み止めあり) 強(痛み止め効かず) ]  
・生理の時に他にどこか悪いところはありますか？ [ はい いいえ ]( )

**(うらもご記入ください)**

3.結婚・妊娠・分娩について

・性交(セックス)の経験はありますか？〔 有 無 〕

・結婚していますか？〔 はい:( )歳、初婚 再婚 いいえ:未婚 離婚 死別 〕  
夫は( )歳で〔 健康 病気がある、またはあった 〕その病名は( )  
職業( )

・妊娠したことはありますか？〔 有 無 〕

分娩( )回

流産( )回

中絶( )回

・今まで経験した妊娠・分娩について、下記の表に古い順に記入してください(できるだけ詳しく)

	年月	週数	妊娠経過	分娩方法	出生体重	性別	妊娠分娩異常
例	S. 62年 7月	38週 6日	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他	3258 g	男・女	無・有( 促進剤 )
	H. 3年 5月	40週 3日	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他	3745 g	男・女	無・有( 吸引分娩 )
1	年 月	週 日	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他	g	男・女	無・有( )
2	年 月	週 日	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他	g	男・女	無・有( )
3	年 月	週 日	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他	g	男・女	無・有( )
4	年 月	週 日	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他	g	男・女	無・有( )
5	年 月	週 日	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他	g	男・女	無・有( )
	年 月	週 日	分娩・流産・中絶	自然分娩・帝王切開・その他	g	男・女	無・有( )

4.過去にかかった病気や手術、アレルギー、嗜好について

・今までにかかった病気はありますか？〔 無 有: 糖尿病 高血圧  ( )癌 〕

いつ(から)ですか？( )歳のとき(から) その病名は( )

いつ(から)ですか？( )歳のとき(から) その病名は( )

・今までに受けた手術はありますか？〔 無 有 〕

いつですか？( )歳のとき その手術は( )

いつですか？( )歳のとき その手術は( )

・輸血の経験はありますか？〔 無 有 〕

・アレルギーはありますか？〔 無 有: 薬( ) 食物( ) 気管支喘息  
花粉症 ゴム その他( ) 〕

・喫煙の習慣はありますか？〔 無 有:現在( )本/日 〕

・飲酒の習慣はありますか？〔 無 有:自分で思うところ、酒に 強い 普通 弱い 〕

5.あなたの家族について

・家族の中に特別な病気の方はいますか？〔 無 有: 糖尿病 高血圧  ( )癌 遺伝病  
その他( ) 〕