



産婦人科外来問診票

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 \blacktriangleright 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 他院にて 調べていない]
- 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がありますか？ [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→初婚 再婚 結婚した時の年齢()歳
いいえ→未婚 これから入籍予定 離婚 死別

夫(パートナー)は現在()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

・今までにかかった体や内臓の病気はありますか？ [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()

・今までにかかった心の病気はありますか？ [無 有： うつ パニック障害 統合失調症]
 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

・血縁者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()]