

# 産婦人科問診票

ふりがな		生年月日	年 月 日 歳
氏名		職業	
自宅	〒 TEL	ご実家	〒 TEL
住所/TEL		住所/TEL	
緊急連絡先	TEL	ご主人/パートナー TEL	

## 【1】本日どのようなことで来院されましたか？

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. 妊娠したかどうか<br/>市販の妊娠検査 月 日 ( + ・ - /未実施)<br/>他院の妊娠検査 月 日 ( + ・ - /未実施)</p> <p>2. ご妊娠されている方<br/>予定日 年 月 日 ・ 不明<br/>当院分娩希望 ・ 他院分娩を希望<br/>中絶希望</p> <p>3. 月経量が (多い ・ 少ない ・ 止まらない)</p> <p>4. 月経不順 ・ 月経が止まった</p> <p>5. 月経痛が強い ・ 月経前症状 ( ) が辛い</p> <p>6. 月経以外の出血がある ( から)</p> <p>7. 陰部が かゆい ・ 痛い</p> <p>8. おりものが (多い ・ 臭う ・ 色が気になる)</p> <p>9. 不妊相談(基礎体温表をお持ちでしたらご提出下さい)</p> | <p>10. 婦人科検診希望<br/>来院指示あり ・ 症状あり ・ 来院指示<br/>子宮がん検診 ・ HPV 検査 ・ 乳がん検診</p> <p>11. 子宮筋腫 ・ 卵巣のう腫 がある</p> <p>12. 下腹部痛 ・ 腹痛がある ( 頃から)</p> <p>13. 尿が近い ・ 排尿痛 ・ 残尿感 がある</p> <p>14. 子宮が下がってくる</p> <p>15. 月経移動 (避けたい期間 月 日 ～ 月 日)</p> <p>16. 緊急避妊ピル希望(性交日時 月 日 時 分頃)</p> <p>17. ピル希望</p> <p>18. 更年期相談</p> <p>19. 美容</p> <p>20. その他 ( )</p> |
|--|---|

## 【2】普段の月経について

初経年齢 歳 閉経年齢 歳 最終月経 月 日 日間 月経周期 日 周期 ・ 不順  
 出血量: 少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 最初の 2〜3 日のみ多い ・ 出血時にドロツとした塊が多くでる  
 生理時の症状: ない ・ ある 頭痛 ・ 腰痛 ・ 吐き気や嘔吐 ・ だるい ・ イライラ ・ その他 ( )

## 【3】妊娠・出産歴について

- 1 性交 (セックス) の経験はありますか? ( ない ・ ある )
- 2 妊娠歴 ない ・ ある → そのうち 中絶 ( 回 ) ・ 流産 ( 回 ) ・ 分娩 ( 回 )
- 3 婚姻について 未婚 ・ 結婚予定 ・ 既婚 ( 歳 ) ・ 離婚 ( 歳 ) ・ 再婚 ( 歳 )

年月日	性別	経過	分娩方法	体重	週数	場所
年 月 日	男 女	流産 ・ 中絶 ・ 分娩	正常 吸引 鉗子 帝王切開	g	週	病院名 ( )
年 月 日	男 女	流産 ・ 中絶 ・ 分娩	正常 吸引 鉗子 帝王切開	g	週	病院名 ( )
年 月 日	男 女	流産 ・ 中絶 ・ 分娩	正常 吸引 鉗子 帝王切開	g	週	病院名 ( )

## 【4】アレルギー体質はありますか ( ない ・ ある )

食物 ( ) ・ 薬剤 ( ) 花粉症 ・ アトピー ・ 金属 ・ アルコール  
 その他 ( )

## 【5】既往歴、手術歴について

年齢 歳 病名 手術 あり ・ なし 治療済み ・ 治療中 病院名  
 年齢 歳 病名 手術 あり ・ なし 治療済み ・ 治療中 病院名

※内服中の薬があればお薬手帳もご提出ください

## 【6】他院からの紹介状はありますか? ( ない ・ ある )