

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 市販の妊娠検査 月 日 (+ ・ - /未実施) 他院の妊娠検査 月 日 (+ ・ - /未実施)</p> <p>2. ご妊娠されている方 予定日 年 月 日 ・ 不明 当院分娩希望 ・ 他院分娩を希望 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 来院指示あり ・ 症状あり ・ 来院指示 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)