

# 産婦人科 外来問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 職業 \_\_\_\_\_ 身長 cm 体重 kg

電話番号 \_\_\_\_\_ 自宅・職場・その他( ) \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

◆◇◆ 記入が終わりましたら産婦人科受付へ提出してください ◆◇◆

1. 本日受診された理由は何ですか？ (あてはまるところを○で囲んでください)

- ア. 妊娠の診察
  - ・妊娠している (市販の妊娠検査薬で 月 日 陽性・他院で診断)
  - ・分娩場所( )
  - ・妊娠かどうか分からない
  - ・妊娠は継続しない
- イ. 不正性器出血(月経・出産時以外の出血)がある ウ. お腹が痛い エ. 更年期障害 オ. 痒みやおりもの
- カ. 婦人科検診 キ. 避妊の相談(ピル) ク. 月経不順 ケ. 排尿に関すること
- コ. 子供ができない サ. 子宮脱 シ. 性病検査 ス. 他科からの紹介 セ. 外陰部のしこり
- ソ. その他( )

2. あなたの家族で糖尿病、結核、梅毒、肝臓病、癌、高血圧、精神疾患などの方がおられますか？

いいえ はい 病名: \_\_\_\_\_ あなたとの続柄( )

3. あなたの月経について

- ・初潮(メンス)があったのは、満 歳
- ・月経は毎回(順調・不調)である
- ・月経の始まりから次の月経の始まりまでは、何日くらいですか？ \_\_\_\_\_ 日くらい
- ・月経は何日くらい続きますか？ \_\_\_\_\_ 日くらい
- ・月経の量は(普通・多い・少ない)
- ・月経痛はありますか？(ない・軽い・強い)
- ・一番最近の月経は 年 月 日 ~ 年 月 日
- ・閉経されたのは、満 歳

4. 結婚について (あてはまるところを○で囲んでください)

- ア. 結婚している 年 月に結婚しました (初婚・再婚)
- イ. していない 性交の経験はありますか？ (はい・いいえ)
- ウ. 結婚の予定である (年 月頃)
- エ. 同棲中

5. いままでの妊娠・分娩についてお伺いします 分娩( 回) 流産( 回) 人工中絶( 回) 計( 回)

◎分娩した順番に書き込んでください

|           | 1回目   | 2回目   | 3回目   | 4回目   | 5回目   |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
|           | 年 月   | 年 月   | 年 月   | 年 月   | 年 月   |
| 分娩(性別・体重) | 男・女 g | 男・女 g | 男・女 g | 男・女 g | 男・女 g |
| 正常・帝切     | 正常・帝切 | 正常・帝切 | 正常・帝切 | 正常・帝切 | 正常・帝切 |
| 病院・助産院名   |       |       |       |       |       |

6. いままでにかかった病気や手術についてお伺いします (あてはまるところを○で囲んでください)

- 病気: 高血圧・糖尿病・心臓病・肝炎・腎炎・貧血・甲状腺疾患・腹膜炎・結核・性病  
( 年 月 医療機関名: )
- 手術: 虫垂炎(盲腸)・子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮外妊娠・子宮脱・その他( )  
( 年 月 医療機関名: )

7. 現在治療している病気がありますか？

病名: \_\_\_\_\_  
内服中の薬: \_\_\_\_\_

8. アレルギーについて

ない ある → 薬剤: ピリン・ペニシリン・ヨード・その他 ( )  
食物 ( )