

産婦人科 外来問診票



ID:

氏名

生年月日

年齢

歳

職業

身長

cm

体重

kg

電話番号

自宅・職場・携帯・その他()

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. 排尿に関する事
 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 ～ 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()