

# 産婦人科問診票

年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳、  
身長 \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg（妊娠している方は妊娠していない時の体重）

1) 今日はどのようなことでおいでになりましたか（あてはまる項目にチェックをつけて下さい）

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 妊娠（もう1枚問診票があります）   | 7. <input type="checkbox"/> 不妊の相談  |
| 2. <input type="checkbox"/> がん検診・レディース検診   | 8. <input type="checkbox"/> 避妊の相談  |
| 3. <input type="checkbox"/> 月経異常、 <input type="checkbox"/> 生理痛<br>（ <input type="checkbox"/> 無月経、 <input type="checkbox"/> 不順、 <input type="checkbox"/> 量が多い、 <input type="checkbox"/> 月経が止まらない） | 9. <input type="checkbox"/> 月経をずらしたい<br>（ <input type="checkbox"/> アフターピル、 <input type="checkbox"/> ピルの処方、 <input type="checkbox"/> 子宮内避妊器具） |
| 4. <input type="checkbox"/> おなかが痛い   | 10. <input type="checkbox"/> 更年期障害（もう1枚問診票があります）   |
| 5. <input type="checkbox"/> おりものが多い  | 11. <input type="checkbox"/> その他   |
| 6. <input type="checkbox"/> 陰部がかゆい、 <input type="checkbox"/> 陰部が痛い   | （ _____ ）  |

2) 月経について

- 初めての月経は \_\_\_\_\_ 歳
- 閉経 \_\_\_\_\_ 歳
- 最近の月経はいつですか 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間
- 月経周期（月経が始まった日から次の月経が始まるまで）  
 順調、 ほぼ順調、 不順（短い時 \_\_\_\_\_ 日周期～長い時 \_\_\_\_\_ 日周期）
- 月経の量は  少ない、 普通だと思う、 多くて困る
- 月経痛は  ない、 少し痛む、 わりと痛む、 相当痛む

3) 結婚・妊娠について

- セックスの経験はありますか  なし、 あり
- 妊娠したことがありますか  なし、 あり  
妊娠したことがある方は、当てはまるものすべてにチェックしてください。  
妊娠 \_\_\_\_\_ 回、分娩 \_\_\_\_\_ 回（最終分娩 \_\_\_\_\_ 歳）

4) 2年以内に子宮頸がん検診を受けたことがありますか？

ない、 ある

5) 現在、何か薬（サプリメントを含む）を飲んでいますか？

ない、 ある（薬品名 \_\_\_\_\_）

6) 今までに大きな病気をしたことがありますか？

ない、 ある（病名 \_\_\_\_\_）

7) 手術をうけたことがありますか？

ない、 ある（ \_\_\_\_\_）

8) 今までに薬でアレルギー等の副作用を経験したことはありますか？

ない、 ある（薬品名 \_\_\_\_\_）

9) ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方がいますか？

高血圧、 糖尿病、 静脈血栓塞栓症、 その他の遺伝性疾患（病名 \_\_\_\_\_）

10) お酒を飲みますか？  のまない、 とときどき、 ほぼ毎日（ \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ /日）

11) タバコをすいますか？  すわない、 以前すっていた、 現在すっている（ \_\_\_\_\_ 本/日）