

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"/> がん検診・レディース検診 | 6. <input type="checkbox"/> 不妊の相談 |
| 2. <input type="checkbox"/> 月経異常、 <input type="checkbox"/> 生理痛
（ <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） | 7. <input type="checkbox"/> おりものが多い |
| 3. <input type="checkbox"/> 妊娠（もう1枚問診票があります） | 8. <input type="checkbox"/> 陰部がかゆい、 <input type="checkbox"/> 陰部が痛い |
| 4. <input type="checkbox"/> おなかが痛い | 9. <input type="checkbox"/> 更年期障害（もう1枚問診票があります） |
| 5. <input type="checkbox"/> 避妊の相談
（ <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） | 10. <input type="checkbox"/> その他
（ _____ ） |

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) 子宮がん検診を受けたことがありますか？

ない、ある（最後に受けたのは _____ 年 _____ 月）

5) 現在、何か薬を飲んでいますか？

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、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）

妊婦さん用問診票

年 月 日

お名前： _____

以下の下線部には数値を、当てはまる項目は□にチェックをお願い致します。

- 1) 分娩を希望しますか？ □当院での分娩を希望、□他院での分娩を希望、□分娩場所未定、□中絶を希望
分娩件数月 35 件で制限させていただいております。
当院の分娩ご希望の方には診察終了後に仮予約申込書の提出をお願いしております。

- 2) 今回の妊娠成立法についてお聞きします。
□自然妊娠、□不妊症治療後妊娠、□その他 (_____)

- 3) 現在、結婚していますか？
□結婚している _____ 年 _____ 月 (_____ 歳時) (初婚・再婚)
□結婚していない (離婚の経験：□なし、□あり)

- 4) 過去の妊娠や分娩についてお聞きします。(当てはまる場合、すべてにチェック)
□経膈分娩 (_____ 回)、□帝王切開分娩 (_____ 回)、□人工中絶 (_____ 回)、□自然流産 (_____ 回)、□子宮外妊娠 (_____ 回)
□早産、□妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症)、□常位胎盤早期剥離、□ヘルプ症候群、□分娩時大量出血
□その他 (_____)
_____ 年 (_____) 歳 (中絶・流産・正常・吸引・鉗子・帝切) _____ 週 _____ g 男・女 当院・他院
_____ 年 (_____) 歳 (中絶・流産・正常・吸引・鉗子・帝切) _____ 週 _____ g 男・女 当院・他院
_____ 年 (_____) 歳 (中絶・流産・正常・吸引・鉗子・帝切) _____ 週 _____ g 男・女 当院・他院
_____ 年 (_____) 歳 (中絶・流産・正常・吸引・鉗子・帝切) _____ 週 _____ g 男・女 当院・他院

- 5) 過去に分娩した児についてお聞きします。(当てはまる場合、すべてにチェック)
□出生体重 2,500g 未満、□出生体重 3,500g 以上、□死産、□新生児死亡、□B 群溶連菌 (GBS) 感染症
□新生児仮死、 □その他 (_____)

- 6) 過去3ヶ月以内に以下のことはありましたか？ (ありの場合チェック)
□発熱、□発疹、□頸部リンパ節の腫れ、□風疹患者との接触、□児童との接触が多い職場での就労

- 7) 喘息がありますか？
□なし、□あり (最終発作は _____ 歳時、現在の薬の使用 □なし、□あり (_____))

- 8) 過去に輸血したことはありますか？
□なし、□あり (_____)

- 9) 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患についてお聞きします。
□なし、□子宮筋腫、□子宮内膜症、□子宮腺筋症、□子宮奇形、□卵巣腫瘍、□子宮頸癌
□その他 (病名 _____)

- 10) 今までに指摘されたことのある病名についてお聞きします。
□なし、□高血圧、□糖尿病、□腎疾患、□心疾患、□甲状腺疾患、□肝炎、□自己免疫性疾患、□脳梗塞、
□脳出血、□てんかん、□精神疾患 (□統合失調症、□うつ病、□パニック障害、□不安神経症)、
□血液疾患、□悪性腫瘍、□血栓症、□その他 (病名 _____)