

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

2) 月経について

1. 初めての月経は _____ 歳 2. 閉経 _____ 歳
3. 最近の月経はいつですか _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
4. 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）
5. 月経の量は ☐ 少ない、☐ 普通だと思う、☐ 多くて困る
6. 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

1. セックスの経験はありますか ☐ なし、☐ あり
2. 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？ <マイケン®で薬剤閲覧に同意された方は記入不要です>

☐ ない

☐ ある（☐ 睡眠薬、☐ 抗不安薬、☐ 向精神薬、☐ その他薬薬剤 _____）

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、☐ ときどき、☐ ほぼ毎日（ _____ を _____ / 日）

11) タバコを吸いますか？ ☐ 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： _____（ローマ字： _____）

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？

☐ セミオープンシステム利用を希望（妊婦健診は当院、分娩は以下の施設）

☐ 東京かつしか赤十字母子医療センター、☐ 東京リバーサイド病院、☐ 順天堂大学、

☐ 足立医療センター、☐ 日本医大

☐ 上記以外の分娩施設（☐ 里帰り、☐ その他 _____）

☐ 分娩場所未定

☐ 中絶を希望

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（☐ タイミング法 ☐ 排卵誘発 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微受精 ☐ 卵子提供）

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（入籍予定・入籍予定なし）

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）

☐ 経膣分娩（ _____ 回） ☐ 帝王切開分娩（ _____ 回） ☐ 自然流産（ _____ 回） ☐ 人工中絶（ _____ 回）

☐ 異所性（子宮外）妊娠（ _____ 回）

☐ 早産 ☐ 子宮頸管縫縮術 ☐ 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

____ 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 ☐ 肩甲難産 ☐ その他（ _____ ）

<裏に続きます。記入をお願いします。>

6) お薬以外のアレルギーについて

食物アレルギー: ☐なし ☐あり(食品名: _____ 症状: _____)

ラテックス(ゴム)アレルギー: ☐なし ☐あり(症状: _____)

その他アレルギー: (_____)

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) 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 _____)

9) 今までに指摘されたことのある病名についてお聞きます。

☐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 ☐血液疾患 ☐血栓症

☐精神疾患(統合失調症 ☐うつ病 ☐パニック障害 ☐不安神経症)

☐悪性腫瘍 ☐乳腺疾患(良性・悪性) ☐背骨の病気(側弯症、椎間板ヘルニア)

☐その他(病名 _____)

10) 過去に睡眠薬やうつ病の薬を内服していたことはありますか?

☐なし ☐あり(睡眠薬・抗不安薬・向精神薬・その他 _____)

11) 過去に輸血を受けたことはありますか? ☐なし ☐あり(_____)

12) 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 ☐首のリンパ節の腫れ ☐風疹患者との接触 ☐小児との接触が多い職場での就労

13) 気持ちに関することについて

妊娠がわかった時の気持ちはいかがでしたか?

☐うれしかった ☐困った ☐複雑な気持ち ☐不安

妊娠・出産その後の育児・授乳において不安や心配がありますか?

☐なし

☐あり(□仕事との両立、□上の子との両立、□初めてのことで想像ができない、

□その他 _____)

妊娠・出産その後の育児・授乳についてまわりに相談できる人はいますか?

☐いる ☐いない