

# 《産科・婦人科問診票》

ふりがな  
お名前

年 月 日

**1. 本日来院された理由** ※来院の理由や症状を下から選んで○で囲んでください

妊娠、妊娠の疑い、分娩希望、中絶希望、月経痛、月経の量が多い・少ない、月経が長い・短い、  
月経不順、PMS、不正出血、不妊相談、子宮筋腫、腰痛、下腹痛、更年期障害、膀胱炎、癌の健診、  
外陰部がかゆい・痛い、おりもの、ピル希望、避妊相談、生理をずらす薬希望、緊急避妊薬、性病検査

市販の妊娠検査薬で検査した日( 月 日)( + ・ - )

その他の症状:

**2. 月経について**

- ・初めて月経があったのは( )歳
- ・月経は順調ですか( はい ・ いいえ )・月経周期は( )日型 ・出血は( )日間
- ・月経の出血量は( 多 ・ 中 ・ 小 ) ・月経痛は( 強 ・ 中 ・ 弱 ・ 無 )
- ・最近にあった月経は( )月( )日から( )日間
- ・その前の月経は( )月( )日から( )日間※わかっていれば書いてください
- ・閉経( )歳

**3. あなた自身のことについて**

- ・結婚したのは( )歳
- ・SEXの経験はありますか( ない ・ ある )
- ・妊娠の経験のある方は、今までの分娩やその他の妊娠について、以下の表に記入してください

年齢又は年月	妊娠月数 又は週数	妊娠経過	妊娠中や分娩時の異常	児の 性別	出生体重	健否	分娩先
		分娩・流産・人工中絶					
		分娩・流産・人工中絶					
		分娩・流産・人工中絶					
		分娩・流産・人工中絶					

- ・現在治療中(又は通院中)の病気はありますか( ない ・ ある )(病名 )
- ・今まで何か大きな病気にかかったことがありますか( ない ・ ある )  
( 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 精神疾患 ・ 婦人科の病気 ・ その他: )
- ・今まで手術の経験はありますか(帝王切開を含む)( ない ・ ある )(病名 )
- ・現在服用中の薬はありますか( ない ・ ある )(薬品名 )
- ・アレルギーはありますか( ない ・ ある ) ・ゴムアレルギー( ない ・ ある )  
(薬品名: 食べ物: その他: )
- ・飲酒について( 飲まない ・ 時々飲む ・ ほぼ毎日飲む )
- ・たばこについて( 吸わない ・ 以前吸っていた ・ 現在吸っている(1日 本位) ・ 同居家族が吸っている)
- ・治療上どうしても輸血が必要な場合、同意なさいですか( はい ・ いいえ ・ わからない )
- ・癌の告知は希望されますか( はい ・ いいえ ・ わからない )
- ・あなたの職業( )
- ・あなたの年齢( )歳、身長( )cm、体重( )kg ※妊娠中の方は、妊娠前の体重をお書きください

**4. 近親者(ご両親・ご兄弟・ご父母)のご病気について** ※該当するものがあればチェックして下さい

- 癌 ( 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟姉妹 )
- 高血圧( 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟姉妹 )
- 糖尿病( 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟姉妹 )
- その他( )

