

# 【産婦人科 問診票】

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

★受診された方の状態を把握させていただくため、下記の質問にお答えください。

氏名\_\_\_\_\_ 年齢\_\_\_\_\_歳 職業\_\_\_\_\_ 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

未婚・既婚(\_\_\_\_\_歳結婚、\_\_\_\_\_歳再婚)、離婚(\_\_\_\_\_歳)

タバコ:吸わない・吸う(\_\_\_\_\_本/日)、酒:飲まない・飲む(\_\_\_\_\_日/週、種類・量\_\_\_\_\_)

緊急連絡先 Tel 自宅(\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ 携帯(\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

1. 本日はどのような症状で受診されましたか? ○印をつけてください。

- (1) 月経が止まった (a. 妊娠している可能性が: ある・ない b. 市販の妊娠検査薬で陽性)
- (2) 妊娠している・現在妊娠\_\_\_\_\_週、(a. 当院で分娩希望 b. 里帰り分娩)
- (3) 月経の異常 (a. 月経以外に出血がある b. 周期が不順である c. 量が多い)
- (4) おりものの異常 (a. 量が多い b. 臭いがある c. 色がおかしい)
- (5) 陰部の異常 (a. かゆみがある b. 痛みがある c. できものができた)
- (6) 痛みがある (a. 腹痛 b. 腰痛 c. \_\_\_\_\_の痛み)
- (7) 尿の異常 (a. 尿が近い b. 排尿時に痛みがある c. 尿がもれる)
- (8) 子宮がんの検診希望 (a. 今回が初めて b. 前回は \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃受けた)
- (9) 子宮・卵巣にできものがある
- (10) 子宮が下がっている
- (11) 子どもができない (a. 不妊治療の相談 b. 流産・早産を繰り返す)
- (12) 更年期症状がある (a. ほてり・のぼせ b. 頭痛 c. めまい d. 肩こり)
- (13) 性生活の相談 (a. 避妊の相談 b. 性病の検査希望 c. その他)
- (14) 上記以外の症状 ・・具体的に記入してください

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 月経についてお尋ねします。

- (1) 初めて月経があったのは: \_\_\_\_\_歳
- (2) 閉経: a. している \_\_\_\_\_歳、 b. していない
- (3) 月経は (順調・不順) 周期: \_\_\_\_\_~ \_\_\_\_\_日型で来る  
約 \_\_\_\_\_日間続く
- (4) 月経量: (多い・血のかたまりが出る・普通・少ない)
- (5) 月経時の痛み: (ある \_\_\_\_\_が痛い・ない)
- (6) 最近の月経: (\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_日間)  
上記の前の月経: (\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_日間)

★裏面もご記入ください



3. 妊娠・出産についてお尋ねします。

(1)性交(セックス)の経験は (ある・ない)

(2)今までに妊娠したことが (ある・ない)

(3)妊娠したことがある方は以下にご記入ください。

人工妊娠中絶: \_\_\_\_\_回 ( \_\_\_\_\_年、\_\_\_\_\_年、\_\_\_\_\_年、\_\_\_\_\_年)

自然流産: \_\_\_\_\_回 ( \_\_\_\_\_年、\_\_\_\_\_年、\_\_\_\_\_年、\_\_\_\_\_年)

出産:

1. \_\_\_\_\_年、妊娠\_\_\_\_\_ヶ月 ( \_\_\_\_\_週) (自然・吸引・帝王切開) 体重\_\_\_\_\_g (男・女)

2. \_\_\_\_\_年、妊娠\_\_\_\_\_ヶ月 ( \_\_\_\_\_週) (自然・吸引・帝王切開) 体重\_\_\_\_\_g (男・女)

3. \_\_\_\_\_年、妊娠\_\_\_\_\_ヶ月 ( \_\_\_\_\_週) (自然・吸引・帝王切開) 体重\_\_\_\_\_g (男・女)

\* その他出産時に異常のあった方は、ご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

4. 今までにかかった病気や手術(産婦人科以外の病気についてもお書き下さい)、飲んでおられる薬についてお尋ねします。

(1)今までにかかった病気 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_歳 (治った・治療中)

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_歳 (治った・治療中)

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_歳 (治った・治療中)

(2)今までに受けた手術 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_歳

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_歳

(3)アレルギー体質はありますか。 ( ある ない )

あると答えられた方、それは何ですか？

\* 食べ物 = ・卵 ・大豆 ・バナナ ・キウイ ・アボガド ・クリ ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

\* 薬 = ・抗生剤 ( \_\_\_\_\_ )

・鎮痛剤 ( \_\_\_\_\_ )

・造影剤 ( \_\_\_\_\_ )

・その他 ( \_\_\_\_\_ )

\* 喘息 ・ じんま疹 ・ アトピー ・ アレルギー性鼻炎 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

(4)現在服用している薬: ない・ある( \_\_\_\_\_ )

5. ご家族についてお尋ねします。

(1)ご主人:( \_\_\_\_\_ )歳、 職業( \_\_\_\_\_ )、 健康状態(良・不良 \_\_\_\_\_ )

(2)ご自分の血縁関係の方で、下記の病気にかかった方があれば○をつけて下さい。

(がん・高血圧・糖尿病・遺伝病・その他 \_\_\_\_\_ )

(3)同居されている家族の構成は、

(一人暮らし、夫、子ども、舅、姑、実父、実母、その他 \_\_\_\_\_ )

6. (1)あなたは病状、病名について詳しく告知を望みますか？ ( はい いいえ )

また家族へも、告知を望みますか？ ( はい いいえ )

(2)治療の経過において、余命が短いと診断された場合

あなたはそれを伝えてほしいですか？ ( はい いいえ )

また家族へも、伝えてほしいですか？ ( はい いいえ )

☆☆☆記入されましたら、受付窓口にお出してください。ご協力ありがとうございました。☆☆☆