【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　・キウィ ・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、受付窓口にお出しください。ご協力ありがとうございました。☆★☆