

産科・婦人科問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ (_____ 才) 身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg)

1. 今日診察に来られた理由

- | | | |
|------------------------------------|------------------|-----------------|
| ① 妊娠かどうか
(妊娠検査薬テストした日
(+ -)) | ⑤ 生理日の変更 | ⑪ 腰 痛 |
| ② 子供が欲しい | ⑥ 避妊の相談 | ⑫ 下 腹 痛 |
| ③ がん検診
(希望する・しない) | ⑦ 緊急避妊 | ⑬ 更年期の相談 |
| ④ 月経不順 | ⑧ 不正性器出血 | ⑭ ※紹介(具体的に下記へ) |
| | ⑨ 外陰部のかゆみ | ⑮ ※その他(具体的に下記へ) |
| | ⑩ おりもの(_____ 色) | |

※

2. 月経について

- ① 初潮は 小学校 (_____ 年生)、中学校 (_____ 年生) で (_____) 才の時
- ② 閉経された方 (_____ 歳 _____ 月頃)
- ③ いちばん最近の月経 年 _____ 月 _____ 日 → (_____ 日間)
- ④ その前の月経 年 _____ 月 _____ 日 → (_____ 日間)
- ⑤ 月経は毎月順調ですか は い (_____ 日型)
..... いいえ 早く来る時(短い周期) (_____ 日目)
..... 遅く来る時(長い周期) (_____ 日目)
- ⑥ 月経の量は (少ない、普通、多い、血のかたまり、 _____)
- ⑦ 月経時の痛み (ない、下腹痛、腰痛、ねこむ、服薬する、 _____)

3. 初婚 _____ 年 _____ 月 離別 _____ 年 _____ 月 再婚 _____ 年 _____ 月 未婚

4. 未婚の方は、セックス(性交)の経験 あり、なし

裏面へ

5. 今までの妊娠について

分娩 回	年 月 ♂ ♀ g	年 月 ♂ ♀ g	年 月 ♂ ♀ g
出産状態	正 常 () 異 常	正 常 () 異 常	正 常 () 異 常
流産 回	年(妊娠) ヶ月にて	年(妊娠) ヶ月にて	年(妊娠) ヶ月にて
中絶 回	年(妊娠) ヶ月にて	年(妊娠) ヶ月にて	年(妊娠) ヶ月にて

6. 今までにかかった病気や手術について

- ① 風疹にかかりましたか (はい、いいえ、予防接種 済・否)
- ② 心疾患、肝疾患、腎疾患、甲状腺疾患、糖尿病、高血圧、その他 ()
- ③ アレルギー性疾患 (ぜんそく、じんましん、鼻炎、アトピー性皮膚炎)
- ④ 今までに受けた手術 (なし、あり 年 月 手術)
- ⑤ 麻酔(歯科麻酔も含めて)で異常はありませんでしたか (なし、あり)
- ⑥ 使ってはいけない薬 ()

7. 嗜好品
- タバコ (吸わない 吸う 1日 本)
 - アルコール (飲まない 毎日飲む 時々飲む)

8. ご主人(或は相手の男性)の既往歴 性病 (なし、あり) その他 ()

※ 診察の前は、必ず排尿を済ませておいて下さい。