

産婦人科問診票

受診日：

氏名 明・大・昭・平 年 月 日生 才
ご職業 身長 cm 体重 kg

1. 来院の目的

妊娠判定 (市販薬で判定された方： 月 日 陽性・陰性・使用未・他院にて受診 )
分娩希望 (当院 ・ 他院 ・ 未定 ・ 中絶希望)
不妊相談・月経異常・不正出血・腹痛・おりもの・かゆみ・癌健診・更年期症状
腫瘍[子宮筋腫・卵巣のう腫・その他]・その他( )
いつから、どのような症状ですか？

2. 月経についてお答えください

最後の月経 ( )年( )月( )日より( )月( )日まで( )日間
初めて生理があったのは 才頃 生理がとまった(閉経) 才頃
・ 順調 生理周期(月経の始まった日から次の生理の前日までの日数)は 日型 日間
・ 不順
生理の量は(多い・普通・少ない) 生理痛(無・有[下腹痛・腰痛・その他])

3. パートナー及びご自身のご家族についてお答えください

結婚 している:( 才頃) 初婚・再婚 していない:未婚・離婚・死別 セックスの経験(有・無)
夫(パートナー) 才 (健康 ・ 病気 )
父 才 (健康 ・ 病気 )
母 才 (健康 ・ 病気 )
( ) 才 (健康 ・ 病気 )

4. 今までにかかったことのある病気・特異体質などについて詳しくお書き下さい。

結核 無・有( 才の時) 心疾患 無・有( 才の時)
高血圧 無・有( 才の時) 肝疾患 無・有( 才の時)
虫垂炎 無・有( 才の時) 腎疾患 無・有( 才の時)
喘息 無・有( 才の時) 精神疾患 無・有( 才の時)
糖尿病 無・有( 才の時) 甲状腺疾患 無・有( 才の時)
性病 無・有( 才の時) 婦人科疾患 無・有( 才の時)
アレルギー 無・有( 才の時) その他 無・有( 才の時)
・ 内服薬のある方はご記入ください
□ お薬手帳持参

過去三か月以内に以下のことは ある ・ ない
発熱・発疹・頸部リンパの腫れ・風疹患者との接触・児童との接触が多い職場での就労

Table with 3 columns: 今まで受けたことのある手術名, いつですか, 何処で. Rows 1 and 2.

5. 生活習慣についてお答えください

タバコ 吸う(1日 本位) ・ 吸わない お酒 のまない・のむ(少量・普通・多量)

6. 1ヶ月以内に海外渡航歴が ない ・ ある(国名: 渡航期間: )

7. 今までの妊娠及びお産について

妊娠は全部で 回 そのうち分娩 回 自然流産は 回
人工妊娠中絶は 回 その他[子宮外妊娠・胎状奇胎] 回

分娩暦

Table with 10 columns: 年月日, 妊娠・分娩, 出生体重(g), 妊娠・分娩の異常, 年月日, 妊娠・分娩, 出生体重(g), 妊娠・分娩の異常. Rows 1, 2, 3.

ご協力ありがとうございました。