

<産婦人科問診票>

☆診療上必要な情報となりますので
正確にご記入ください

記入日 20 年 月 日

ふりがな		生年月日(年齢)	身長	体重	妊婦(妊娠前体重)
お名前		(西暦) 年 月 日 (歳)	cm	kg	kg
電話番号	自宅() 携帯() 勤務先等()				
血液型	()型 Rh(+ ・ -)	紹介状	なし ・ あり		
職業		性交経験	なし ・ あり		
宗教	なし ・ あり ()	授乳中	いいえ ・ はい		
宗教による 食事制限	なし ・ あり <input type="checkbox"/> ハラル認定食でなければならない <input type="checkbox"/> 制限食品()	喫煙の習慣	なし ・ あり (回/週)		
		飲酒の習慣	なし ・ あり (回/週)		

◆本日来院された理由は何ですか ※あてはまる項目に☑、または○をつけご記入ください

<input type="checkbox"/> 妊娠診断:検査薬で調べた <input type="checkbox"/> はい (月 日) 結果 (陽性 ・ 陰性) ・ <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 現在妊娠中:分娩予定日 月 日 (本日 週 日) ・ まだ決定していない
※ 出産しますか (はい ・ いいえ ・ 検討中) 分娩場所は (当院 ・ 他院 ・ 検討中)
※ 妊娠12週以降の方:本日妊婦健診を (希望する ・ 希望しない) 他院での最終健診日(月 日)
<input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 月経痛 <input type="checkbox"/> 月経をずらしたい(避けたい期間 月 日 ~ 月 日)
<input type="checkbox"/> 陰部 (かゆみ ・ 痛み) <input type="checkbox"/> おりものが気になる(量が多い ・ 色(色) ・ におい)
<input type="checkbox"/> しこりがある(腹部 ・ 陰部 ・ 乳房) <input type="checkbox"/> 腹痛(上腹部 ・ ヘソ周囲 ・ 下腹部)
<input type="checkbox"/> 性交痛 <input type="checkbox"/> 膀胱炎症状 <input type="checkbox"/> 更年期症状()
<input type="checkbox"/> プラセンタ注射 <input type="checkbox"/> 性病検査 <input type="checkbox"/> 子宮ガン検診
<input type="checkbox"/> 不妊(相談 ・ 検査 ・ 治療) ※不妊外来は初めてですか (はい ・ いいえ) <input type="checkbox"/> ブライダルチェック
<input type="checkbox"/> 避妊の相談 (リング希望 ・ 低用量ピル希望 ・ アフターピル希望)
<input type="checkbox"/> その他の相談()

◆月経についてお答えください

初潮()歳	月経周期		規則的 (日型) ・ 不規則
閉経()歳	※月経開始日より次の月経前日までの日数		
月経の量	多い ・ 普通 ・ 少ない	月経痛	あり(強い・我慢できる程度) ・ なし
最終月経開始日	(月 日)から(日間) ← この前は (月 日)から(日間) ・ 不明		

◆下記の病気に、現在または今までにかかったことはありますか (いいえ ・ はい)

※「はい」の方は、あてはまる項目に☑チェックしてください

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> 婦人科疾患	<input type="checkbox"/> 膠原病	<input type="checkbox"/> ガン
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> 血栓症	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 心療内科受診歴	<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> (小児)喘息 (治療中 使用している薬:)				最終発作: 歳)			
<input type="checkbox"/> 結核 (発症年齢: 歳)		<input type="checkbox"/> 結核の予防内服 (歳)					

◆上記の病気のうち喘息と結核以外にチェック☑をつけた方はお答えください ※病名がある方はお答えください

病名()	発症年齢(歳)	→	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 治療中	投薬:なし・あり()
病名()	発症年齢(歳)	→	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 治療中	投薬:なし・あり()
病名()	発症年齢(歳)	→	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 治療中	投薬:なし・あり()

◆手術を受けたことがありますか（いいえ・はい）※「はい」の方はお答えください

手術名:	()歳	麻酔(全身 脊椎 局所)	病院名()
手術名:	()歳	麻酔(全身 脊椎 局所)	病院名()

◆過去に輸血(血液製剤も含む)を受けたことがありますか（いいえ・はい）※「はい」の方はお答えください

いつ(西暦 年 歳)	輸血の理由()
------------	----------

◆アレルギーについてお答えください

薬	アレルギー なし・あり	お薬の種類()→症状()
		お薬の種類()→症状()
食物	アレルギー なし・あり	食べ物の種類()→症状()
		食べ物の種類()→症状()
薬・食物 以外	アレルギー なし・あり	<input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> 歯科麻酔薬 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他()

◆機能障害についてお答えください

視覚障害 (なし・あり : 眼鏡・コンタクト)	聴覚障害 (なし・あり : 両・右・左)
-------------------------	----------------------

◆妊娠したことがありますか（いいえ・はい）※「はい」の方は下記表にご記入ください

西暦 年/月/日	出産 年齢	週数	分娩方法(あてはまるものに○)	児体重(g)	性別	生産 死産	児異常	分娩施設
/ /			正常 吸引 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠		男 女	生 死	有 無	当院 他院
/ /			正常 吸引 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠		男 女	生 死	有 無	当院 他院
/ /			正常 吸引 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠		男 女	生 死	有 無	当院 他院
/ /			正常 吸引 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠		男 女	生 死	有 無	当院 他院
/ /			正常 吸引 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠		男 女	生 死	有 無	当院 他院
/ /			正常 吸引 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠		男 女	生 死	有 無	当院 他院
/ /			正常 吸引 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠		男 女	生 死	有 無	当院 他院

◆パートナー及びご自分の両親、兄弟(姉妹)、子など血縁関係者についてご記入ください

既婚(西暦 年) 未婚 入籍予定 死別 夫(パートナー)の血液型(型)

続柄	年齢	健康 状態	現在または今までにかかった病気(あてはまるものに○)	死亡
夫(パートナー)		健 否	糖尿病 高血圧 心臓病 ガン 結核 血栓症 その他()	<input type="checkbox"/>
父		健 否	糖尿病 高血圧 心臓病 ガン 結核 血栓症 その他()	<input type="checkbox"/>
母		健 否	糖尿病 高血圧 心臓病 ガン 結核 血栓症 その他()	<input type="checkbox"/>
兄 弟 姉 妹		健 否	糖尿病 高血圧 心臓病 ガン 結核 血栓症 その他()	<input type="checkbox"/>
		健 否	糖尿病 高血圧 心臓病 ガン 結核 血栓症 その他()	<input type="checkbox"/>
		健 否	糖尿病 高血圧 心臓病 ガン 結核 血栓症 その他()	<input type="checkbox"/>
		健 否	糖尿病 高血圧 心臓病 ガン 結核 血栓症 その他()	<input type="checkbox"/>

☆ご記入ありがとうございました。この問診票は記入後、産婦人科受付にご提出ください。