

産婦人科問診票

氏名 _____ (_____ 才) ご職業 _____

診察をスムーズにするために当てはまる所に○印や記入をしてください。個人情報保護は厳守致します。

1. 受診理由を教えてください(他院からの紹介; 健診の結果; ご自身で受診)

- 1) 妊娠関連 妊娠かどうか; 自己妊娠検査実施日 (/) (陽性・陰性)・未
妊婦健診; 健診と分娩・健診のみで分娩は他院・分娩のみで健診は他院
不妊治療希望; 基礎体温表 (あり・なし)、不妊期間 (_____ 年位)
流産の繰返し; 流産の回数 _____ 回

2) 妊娠以外

- ①子宮がん・卵巣がん検診希望; 検診初・最後の検診 (_____ 年 _____ 月頃) 症状 (無・有 _____)
②検診で異常を指摘; 細胞異型・癌・ポリープ・子宮筋腫・卵巣腫瘍・その他 (_____)
③月経異常; 多い・少ない・長い・短い・回数多い・回数少ない・無月経・周期不順・月経痛がひどい
④帯下 (おりもの) の異常; 多い・臭う・血液が混じる
⑤更年期障害; ほてり・発汗・イライラ・不眠・うつ状態・それ以外 (_____)
⑥外陰部の異常; かゆい・痛い・何かできている・子宮が下がる・何か出てくる
⑦腹痛または腰痛; 月経に関係なし・月経に関係あり
⑧不正出血 (月経以外の出血) _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 _____ 日間
⑨その他 (_____)

2. 通常の月経について教えてください。尚、閉経した方は 1) の質問のみで結構です。

- 1) 最初の月経の年齢 _____ 才頃・覚えていない、閉経した年齢 _____ 才
2) 一番最近の月経: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間、月経量: いつもと同じ・普通・多い・少ない
3) 普段の月経: 周期順調 _____ 日・不順 (_____ ~ _____ 日)、持続 _____ 日間、量; 普通・多い・少ない・いろいろ
月経時の痛み; ない・ある (重い・軽い・いろいろ)・場所 (下腹部・腰・頭・その他 _____)

3. 妊娠分娩などについて; 性交渉の経験; あり・なし 妊娠 _____ 回 (流産 _____ 回、中絶 _____ 回)

	年・月	週数	分娩・流産・中絶	性	体重	異常の有無、わかる範囲で記入
1			当院・他			
2			当院・他			
3			当院・他			
4			当院・他			

4. 既往歴; 糖尿病 (無・有) 高血圧 (無・有) 結核 (無・有) 喘息 (無・有) 受診中の病院 (無・有)

上記以外の病気	時期・年齢	病院名	入院歴
	年 月 才	当院・	有・無
	年 月 才	当院・	有・無
	年 月 才	当院・	有・無

5. アレルギー; なし・あり (食品名・薬品名: _____) 症状 (_____)

6. 服用中の薬; なし・あり、お薬手帳: 持参あり・持参なし、薬品名 (お薬手帳のみ・他 _____)

7. ご家族について; 実父 健在・死亡 (原因 _____) 兄弟姉妹 健在 (_____ 人)
実母 健在・死亡 (原因 _____) _____ 死亡 (_____ 人) (原因 _____)

8. 嗜好品; アルコール 飲まない・毎日・週 _____ 回程度・付き合い程度 (種類・量 _____ mL / 日)
喫煙 なし・あり (_____ 才 ~ _____ 本 / 日) 以前有 (_____ 年前まで _____ 本 / 日 _____ 年間)

9. 結婚について; 既婚・未婚・離婚・死別・再婚予定

10. 在宅往診医 (施設入所中の方は施設往診医) について; (病院名: _____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg (非妊時体重 _____ kg)

体温 _____ °C 血圧 _____ / _____ mmHg 脈拍 _____ 回 / 分 Spo2 _____ % (担当看護師 _____) H P _____