

産科・婦人科問診票

カルテ番号

お名前

20 年 月 日

住所に変更のある方は、記入してください。

〒

1. 本日来院された理由

来院の理由や症状を下から選んで○で囲んでください

妊娠、妊娠の疑い、分娩希望、中絶希望、月経異常(月経痛、月経の量が多い、月経不順)、不正出血、不妊、子宮筋腫、卵巣のう腫、腰痛、下腹痛、膀胱炎、がんの検診、外陰部がかゆい、痛い、おりもの、更年期障害、ピル希望、避妊相談、生理をずらす薬希望

※ 無痛分娩希望の方へ…当院では夜間、土日、祝日は対応しておりません。詳しくは受付スタッフにお問い合わせください。

市販の検査薬で検査した日(月 日)(+ -)

2. 月経について

- ・最近にあった月経は()月()日から()日間
- ・その前の月経は()月()日から()日間 ※わかっていれば書いてください
- ・はじめて月経があったのは()歳
- ・月経は順調ですか(はい・いいえ) ・月経周期は()日型 ・出血は()日間
- ・月経の出血量は(多・中・少) ・月経痛は(強・中・弱・無)
- ・閉経()歳

3. あなた自身のことについて

- ・結婚していますか(はい: 歳時)(いいえ: 未婚 離婚)
- ・SEXの経験はありますか(ない・ある)
- ・妊娠の経験はありますか(ない・ある) 「ある」と答えた方は以下の表に記入してください

	年齢又は年月日	妊娠月数又は週数	妊娠経過	妊娠中や分娩時の異常	児の性別	出生体重	健否	分娩した病院
1			分娩・流産・人工中絶					当院・きよせの森・他院
2			分娩・流産・人工中絶					当院・きよせの森・他院
3			分娩・流産・人工中絶					当院・きよせの森・他院
4			分娩・流産・人工中絶					当院・きよせの森・他院

- ・現在治療中(又は通院中)の病気がありますか(ない・ある)(病名)
- ・今まで何か大きな病気にかかったことがありますか(ない・ある)

高血圧、糖尿病、腎疾患、心疾患、甲状腺疾患、肝炎、自己免疫性疾患、脳梗塞、脳内出血、てんかん、精神疾患、血液疾患、悪性腫瘍、血栓症、子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症、子宮奇形、卵巣のう腫、ぜんそく、その他()

- ・今まで手術の経験はありますか(帝王切開含む)(ない・ある)(病名)
- ・現在内服中の薬はありますか(ない・ある)(薬品名)
- ・アレルギーはありますか(ない・ある) ・ゴム製品アレルギー(ない・ある)
(薬品名: 食べ物: その他:)
- ・あなたは喫煙していますか (いいえ・はい…1日 本位 ×喫煙年数 年)
- ・あなたと同居しているご家族で喫煙される方はいますか (いいえ・はい…1日 本位)
- ・お酒は飲まれますか(いいえ・はい…1日 ml位)
- ・治療上どうしても輸血が必要な場合、同意なさいますか(はい・いいえ・わからない)

- ・がんの告知は希望されますか(はい・いいえ・わからない)
- ・あなたの職業()
- ・あなたの年齢()歳、身長()cm、体重()kg

※ 妊娠中の方は、妊娠前の体重をお書きください

