

【産婦人科 問診票】

年 月 日 (記入日)

(ふりがな) 氏名 ( 歳)	生年月日 昭・平・令 年 月 日
連絡先 — —	※住民票と異なる場合はご記入下さい 現住所 〒 -
住所 〒 -	
身長 cm 体重 (または非妊時): kg	職業 [ ] 仕事内容 <input type="checkbox"/> 座っていることが多い <input type="checkbox"/> 立っていることが多い

※ 下記の項目についてにチェックをつけ、必要な項目に詳細をご記入ください。

1. 受診内容について

- 不正出血    子宮がん検診    ワクチン接種    更年期障害
- おりもの    陰部のかゆみ    陰部のできもの    子宮や膀胱が下がる
- 生理に関する症状( )    生理をずらしたい (避けたい日 / ~ / )
- ピル希望 ( 今回が初めて    現在または過去に \_\_\_\_\_ を服用)
- 緊急避妊ピル希望
- 妊娠の可能性
- その他 ( )

2. 検診歴について

- 子宮頸がん検診 無    有⇒直近の検査 年 月 (異常 無    有: )
- 子宮体がん検診 無    有⇒直近の検査 年 月 (異常 無    有: )

3. 月経について

- 最終月経 年 月 日 ~ 日間 (周期 順調 日型 不順 ~ 日)
- 初経 ( 歳)    閉経 ( 歳)

4. 性交 (セックス) の経験はありますか? 有    無

5. 過去の妊娠や分娩について

- 妊娠経験 無
- 有 ⇒ 出 産 ( 回:うち帝王切開 回、早産 回 妊娠 週)
- 自然流産 ( 回)    人工中絶 ( 回)    子宮外妊娠 ( 回)

6. 今までにかかった病気について、現在の病気も含む

- 無
- 婦人科疾患 ⇒ 子宮筋腫    卵巣のう腫    子宮内膜症
- 子宮や膣の形の異常 ( )
- その他 ( )
- 有 ⇒ 高血圧    糖尿病    脳梗塞    脳出血    血栓症
- 心疾患 ( )    腎疾患 ( )
- 肝疾患 ( )    甲状腺疾患 ( )
- 悪性腫瘍 ( )    精神疾患 ( )
- てんかん    緑内障
- 自己免疫性疾患 ( )    抗リン脂質抗体症候群 (APS)

裏面もご記入ください

- 花粉症( )
- ぜんそくの既往 有⇒ 最終発作 昭・平・令 年 月頃または 歳頃  
現在加療中の方は常備薬名 ( )
- 股関節疾患
- その他 ( )

7. 手術歴について

- 無 有⇒ 歳 (手術名 )

8. 内服中の薬について お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒にお願いします。

- 無 有 ⇒薬品名 ( )

9. アレルギーについて

- 無 有⇒ 薬剤アレルギー( ) (症状: )
- 食物アレルギー( ) (症状: )
- 麻酔アレルギー( ) (症状: )
- その他( ) (症状: )

10. 喫煙について 無 有⇒ \_\_\_\_\_本/日 受動喫煙あり\*  
(※受動喫煙とは身近な人が喫煙しておりその煙を吸うことを言います)

11. 妊娠の可能性のある方⇒ 出産したい 妊娠を継続しない 相談したい・わからない

- 妊娠検査 …… 市販の検査薬 (検査日 月 日) 検査していない  
 月 日に他院で確認済 ( 週 出産予定日 月 日)
- 当院分娩希望 …有 無 ⇒ (どこで… ) 考え中 当院へ里帰り希望
- 妊婦健診は? …当院希望 他院希望 考え中
- 結婚について …未婚 ⇒入籍予定 有 無 未定  
既婚 ⇒結婚年齢( 歳)、離婚経験 無 有 ( 歳頃)

緊急時の連絡先を必ず2名、ご記入ください。

氏名	続柄	連絡先の電話番号	勤務先の電話番号 (会社名)
1.	夫・パートナー		( )
2.			( )

当院までの時間 例: 車 (30分) 車 ( 分) 電車 ( 分) その他: ( 分)

12. その他心配なこと、相談したいことなどありましたら、なんでも結構ですでお書きください。

当院では法律に基づき、個人情報の取り扱いには細心の注意を払っております。他院との連携時、FAX等で情報提供を行う際に、紹介先で診療に直接関与しない医療従事者が診療情報を閲覧する可能性がございます。緊急時には迅速かつ正確な情報が必要となる為、ご了承ください。

ご協力ありがとうございました。

作永産婦人科