

産婦人科問診表 (わかる範囲で 1~9 までお答えください)

来院日西暦

年 月 日

ふりがな				西暦	年	月	日	歳
氏名				生年月日	S.	H.	年	
住所	〒			自宅電話				
				携帯電話				
身長	cm	体重(非妊時)	kg	職業				
国籍				<input type="checkbox"/> 既婚 ( 歳の時)		<input type="checkbox"/> 未婚		

1. 本日はどうなさいましたか?当てはまるものにチェックをつけて下さい。

- 妊娠 (市販検査薬での確認 陽性 陰性 調べていない)
- 出産希望 有 無 考え中 妊娠に伴う症状 ( )
- 当院での分娩希望 有 無 考え中 無痛分娩の希望 有 無 考え中
- 不妊症 (不妊期間 年) プライダルチェック
- 生理不順 生理痛 (痛み止め服用 無 有:薬品 )
- 不正出血 (いつから 日~ 日) 子宮癌健診 生理を遅らせる (期間: 日~ 日)
- 外陰部かゆみ 外陰部痛み 外陰部腫れ おりもの 性病の検査
- 更年期障害 下腹痛 膀胱症状 (排尿痛 残尿感 トイレの回数が多い)
- 避妊についての相談 低用量ピル アフターピル希望
- プラセンタ 白玉点滴 ダイエット注射
- その他 ( )

2. 月経についてお聞きします。

- ・月経の周期 不規則 規則的 ( 日おき)
- ・最終月経 ( 年 月 日~ 日まで 日間 )
- ・閉経している はい ( 歳)

3. 性交渉経験はありますか。

- 無 有

4. 今までに妊娠されたことがありますか。

- 無 有 妊娠 回 (出産 当院 回 他院 回) ・自然流産 回・人工流産 回・死産 回)

※妊娠の方のみご記入ください。

西暦 年月日	週数・体重	性別	健・否	出産方法	栄養	出産施設名
/ /	週 g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開	母・混・ミルク	
/ /	週 g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開	母・混・ミルク	
/ /	週 g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開	母・混・ミルク	
/ /	週 g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開	母・混・ミルク	

5. 今までに指摘された病気はありますか。

- 無 高血圧 糖尿病 腎疾患 心疾患 肝疾患 喘息 てんかん
- B型肝炎 C型肝炎 脳卒中 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形
- 卵巣嚢腫 子宮頸癌・異形成 性感染症 結核 精神疾患 月経異常
- 甲状腺疾患 遺伝性疾患 自己免疫疾患 脳梗塞 脳内出血 悪性疾患 血栓症
- その他 ( )

裏面もご記入ください。

6. 現在内服中の薬はありますか。

無 有 (薬品名 )

7. 喫煙・飲酒についてお聞きします。

喫煙：吸わない 吸う ( 本/日× 年間)

禁煙した ( 年前から、それまで喫煙 ( 本/日× 年間)

飲酒：飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ( )

8. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？

無 有 ( )

9. 当院初めての方にお伺いします。当院を何で知りましたか。

知人からの紹介 (紹介者： )

ホームページ (インターネット) おーラジ 通りがかり

その他 ( )

10. マイナ保険証 (マイナンバーカードの健康保険証利用) による情報取得に同意しますか。

無 有

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

11. 他の医療機関からの紹介状はありますか。

無 有

ありがとうございました。受付までお持ちください。