

産婦人科問診票

20 年 月 日

フリガナ
氏名

年齢

歳

職業

未婚・既婚・離婚・再婚・死別

身長

cm

体重

kg

(非妊時体重

kg)

性交渉の経験(なし・あり)

国籍

◎今日来られた目的

- ・妊娠かどうか(出産希望・中絶希望・迷っている) ・市販の妊娠検査(陽性・陰性) 検査日(/)
- ・妊娠の検診(予定日 /) ・子宮がん検診 ・陰部のかゆみ ・出血 ・腹痛 ・おりもの
- ・月経の心配(月経不順・月経量が多い・月経痛が強い) ・月経前の不調(症状) ・子どもがほしい
- ・更年期の相談(症状) ・他院からの紹介 ・診察希望(筋腫 他)
- ・美容点滴() ・その他()

◎月経について

- ・初めての月経(歳) ・閉経(歳)
- ・周期 順調(日周期) 不順(日~ 日)
- ・持続日数(日間) ・量(多い・普通・少ない)
- ・月経痛(なし・あり) ・月経時の症状(腹痛・腰痛・頭痛・吐き気・その他)
- ・一番最近の月経 月 日~ 月 日まで 日間

さいたま市がん検診のハガキをお持ちで、検診希望の方は窓口にお申し出ください。

◎今までの妊娠・出産について

出産(回)

流産(回)

中絶(回)

出産年月日	週数	出生児体重	分娩方法	分娩施設
年 月 日	週	g	正常・帝王切開・吸引・鉗子	
年 月 日	週	g	正常・帝王切開・吸引・鉗子	
年 月 日	週	g	正常・帝王切開・吸引・鉗子	

◎今までにかかったことのある病気について記入してください。

- 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 高血圧 その他(歳:)
- 手術(歳:)
- 精神科・心療内科の病気(歳:)
- 甲状腺の病気(歳:)

◎以下の項目の有無に○をつけてください。

- ◆輸血 なし・あり
- ◆アレルギー なし・あり (薬・食べ物・花粉症・アトピー・アルコール・ラテックス・ダニ)
(アレルゲン:薬品名 食物名)
- ◆喘息(小児喘息含む) なし・あり (最終発作: 歳)
- ◆処方されているお薬 なし・あり ()

◎家族について

血のつながった人(父母、兄弟姉妹、祖父母)に病気にかかった人はいますか?

- ・がん() ・高血圧() ・糖尿病()

◎生活習慣について

- ・アルコール 飲まない 飲む(週・月 回) ・タバコ 吸わない 吸う(1日 本)
喫煙歴(年)

◎今までに子宮がん検診を受けたことはありますか? いいえ・はい(頸がん・体がん・両方 年 月頃)

◎当院へご来院のきっかけ

- 通りがかり ホームページを見て SNS(instagram)を見て お友達からの紹介(お名前:)
- 他医療機関からのご紹介 駅や道路の看板を見て その他()