

【産婦人科 問診票】

受診日： 年 月 日

お名前： 生年月日： 年 月 日 年齢： 歳
身長： cm 体重： kg (妊娠中の方は妊娠前の体重)

※当てはまる項目に○を付けてください

① 本日はどうされましたか？

不正出血 おりもの 生理痛が重い 下腹部痛 腰痛 生理不順 生理が来ない
更年期症状 PMS かゆみ 膀胱炎 乳房の痛み・しこり 乳頭異常分泌
妊娠したい その他 ()

<以下の項目は自由診療(保険適用外)になります>

子宮がん健診 乳癌健診 避妊相談・避妊用ピル アフターピル希望 生理をずらしたい
産み分け指導(男の子/女の子を希望) 妊娠かもしれない/妊婦健診

② 今までに何か病気にかかったり、手術を受けたことはありますか？

婦人科の病気(子宮筋腫 子宮内膜症 子宮奇形 卵巣腫瘍 性感染症 その他)
喘息(小児喘息含む) 糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞/脳出血 肝臓病 腎臓病 甲状腺 血栓症
自己免疫疾患 てんかん 精神疾患 血液疾患 悪性腫瘍 手術() その他()

③ 現在使用中のお薬はありますか？(おくすり手帳をお持ちの方はお見せ下さい)

なし・あり ()

④ 今までに薬や食品等でアレルギー症状が出たことはありますか？

なし・あり (薬: 食物: その他(金属・ラテックス等):)

⑤ 歯科麻酔でアレルギー症状が出たことはありますか？ なし・あり・歯科麻酔をしたことがない

⑥ ご自身の祖父母・両親・兄弟姉妹に以下の病気を持った方がいらっしゃいますか？

子宮癌 卵巣癌 乳癌 前立腺癌 膵臓癌 高血圧 糖尿病 血栓症 突然死 遺伝性疾患

⑦ 今までに性交渉の経験はありますか？ なし・あり

⑧ 今までに妊娠したことはありますか？

なし・あり (分娩 回、流産 回、中絶 回、子宮外妊娠 回、胎状奇胎 回)

⑨ 子宮癌検診を受けたことはありますか？ なし・あり(年 月 異常なし・異常あり)

⑩ 乳癌検診を受けたことはありますか？ なし・あり(年 月 異常なし・異常あり)

⑪ 生理についておたずねします。

初めての生理： 歳頃 閉経された方： 歳頃

生理は順調ですか？ 順調(日周期) ・ 不順

生理の量(少ない・普通・多い) 生理痛(なし・軽い・鎮痛剤が必要)

最近の生理はいつ頃ありましたか？ 年 月 日～ 日間

その前の生理はいつでしたか？ 年 月 日～ 日間

※妊娠中、または妊娠の可能性のある方は裏面もご記入下さい。

【妊娠の可能性のある方の問診票】

受診日： 年 月 日

お名前： _____

年齢： _____ 歳

⑫ 妊娠の確認についてお聞きします。

市販の妊娠検査薬を使いましたか？ しない ・ した (検査日： _____ 判定： 陽性・陰性)
他院で妊娠の確認をしましたか？ しない ・ した (受診日： _____ 病院名： _____)
基礎体温表をつけていますか？ つけていない ・ つけている

⑬ 今回の妊娠成立についておたずねします。 自然妊娠 ・ 不妊治療後の妊娠

⑭ 現在結婚していますか？

結婚している (_____ 歳) ・ 結婚予定あり ・ 結婚していない(離婚の経験 なし・あり) ・ 血族結婚

⑮ 喫煙・飲酒についておたずねします。

タバコ(電子タバコを含む)は吸いますか？

吸わない ・ 以前吸っていた(_____ 頃から禁煙) ・ 現在吸っている(_____ 本/日)

お酒は飲みますか？

飲まない・時々飲む ・ ほぼ毎日(1日量：何を _____ 約 _____ ml・本) ・ 妊娠判明後に止めた

⑯ 葉酸を摂取していますか？ 摂取していない ・ 摂取している(妊娠前から ・ 妊娠判明後より)

⑰ ペットを飼っていますか？ 飼っていない ・ 飼っている (種類： _____)

⑱ 過去に輸血を受けたことがありますか？ なし ・ あり(_____ 歳 理由： _____)

⑲ ご本人・ご主人(パートナー)の風疹抗体検査や、風疹ワクチン接種はお済みですか？

抗体検査： ご本人 (していない・した) ご主人(パートナー) (していない ・ した)

風疹ワクチン接種： ご本人 (していない・した) ご主人(パートナー) (していない ・ した)

⑳ 同居しているご家族にB型肝炎ウイルスのキャリア(持続感染)の方はいますか？ いる ・ いない

㉑ 過去の妊娠についてお聞きします。

今回が初めての妊娠

過去に妊娠したことがある： 妊娠 _____ 回

人工中絶 _____ 回 自然流産 _____ 回 子宮外妊娠 _____ 回 胎状奇胎 _____ 回

経膣分娩 _____ 回 (うち 吸引分娩 _____ 回 鉗子分娩 _____ 回)

帝王切開分娩 _____ 回

妊娠中・分娩時・分娩後の合併症

早産 妊娠糖尿病 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 常位胎盤早期剥離 ヘルプ症候群

肩甲難産 癒着胎盤 胎盤異常(前置胎盤など) 分娩時大量出血 (_____ ml)

産後高血圧 産後うつ その他の異常 (_____)

㉒ 過去に分娩した児についてお聞きします。

出生体重 2500g 未満 出生体重 3500g 以上 黄疸 B群溶連菌(GBS)感染症 分娩時外傷

新生児仮死 先天性の病気(_____) 死産 新生児死亡 その他 (_____)