

【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

★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？

いいえ・はい

★他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ・はい

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。

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 この1年間で健診(特定健診 または 高齢者健診)を受けましたか？

なし・あり(指摘事項: _____)

⑫ 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。

【妊娠の可能性がある方の問診票】

受診日：_____年____月____日

お名前：_____

年齢：_____歳

⑬ 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用しましたか？ しない ・ した（検査日：_____ 判定：陽性・陰性）

他院で妊娠の確認をされましたか？ 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

⑭ 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

⑮ 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

⑯ 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

⑰ 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）

⑱ ペットを飼っていますか？ 飼っていない ・ 飼っている（種類：_____）

⑲ 過去に輸血を受けたことがありますか？ なし ・ あり（_____歳 理由：_____）

⑳ 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）

21 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

経膈分娩_____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 先天性の病氣（_____） 死産 新生児死亡 その他（_____）