

産婦人科問診票

(予約あり ・ 予約なし) ※予約外の方は待ち時間がかかります。外出希望の方はお声かけください。

氏名	年齢	職業	身長	体重
<input type="checkbox"/> 既婚 (結婚した年齢__才) <input type="checkbox"/> 未婚		性交渉経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
持参物	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 他院の検査結果	<input type="checkbox"/> 明石市子宮がん検診クーポン券	<input type="checkbox"/> 基礎体温表	
子宮がん検診はいつ受けましたか (____年__月__日) <input type="checkbox"/> 受けていない				
●初潮__才 / 閉経__才		●生理は順調ですか <input type="checkbox"/> はい (____日型) <input type="checkbox"/> いいえ		
●最近の生理 ____月__日 ~ ____日間		●その前の生理 ____月__日 ~ ____日間		
●生理の量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い		●生理痛 <input type="checkbox"/> ひどい <input type="checkbox"/> 気にならない		

婦人科診察の方

子宮がん検診希望

(筋腫 ・ 卵巣嚢腫 ・ ポリープ)

他院で診断→ ____月__日__病院

症状 : _____

定期検診 → (症状あり ・ 変わりなし)

他院で貧血と診断された

いつ頃 : ____年__月__日

病院名 : _____

下腹部痛 → ____月__日頃から

症状 : _____

他院を受診した (病院名 : _____)

ピル希望 →目的 : _____

アフターピル希望

性交 : ____月__日 ____時頃

生理日変更希望

(できもの ・ おりもの異常 ・ かゆみ)

いつから : _____

症状 : _____

その他 (症状をご記入ください)

更年期 (スタッフ記入欄 : SMI ____点)

症状 : _____

生理の悩み

症状 : _____

不正出血 → ____月__日頃から

出血の量 : _____

下腹部痛 : あり なし

健康診断の精密検査

病院名 : _____

内容 : _____

子宮内避妊具の挿入・抜去

尿の症状 → ____月__日頃から

症状 : _____

性感染症検査 (クラミジア ・ コンジローマ ・ 性器ヘルペス ・ その他)

症状 : _____

裏面もご記入ください

妊娠の方

お産する (当院・里帰り____ ・ 未定) 出産考慮中 中絶希望

・妊娠検査薬 未 済 (陽性 ・ 陰性) ____月__日

・妊娠方法 自然妊娠 他院で不妊治療をした (タイミング 人工受精 体外受精)

・他院を受診した いいえ はい (病院名 : _____ / 受診日 : ____月__日)

↳ 検査を受けた いいえ はい ※検査結果の提出をお願いします※

↳ 予定日 ____年__月__日 未定 (妊娠前の体重 : _____kg)

・出血や腹痛 なし あり (____月__日~ 症状 : _____)

●母子手帳 (あり・なし) ●助成券 (あり・なし) ●血液型の結果(カード) (あり・なし・自宅にある)

裏面もご記入ください

妊娠 () 回	分娩 () 回	流産 () 回	中絶 () 回	／	<input type="checkbox"/> 妊娠歴なし
分娩年月日	性別	出生体重	出産状態	出産病院名	
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		
S・H・R 年 月 日	男・女	g	正常・帝王切開		

経産婦の方で下記を診断されたことがある はい いいえ

妊娠糖尿病 妊娠高血圧症候群 切迫流産、早産 出産時の多量出血

血縁のある方に下記の病気がある はい いいえ

はいと答えた方をご記入ください。

心臓病 (誰:) 糖尿病 (誰:)

高血圧 (誰:) その他遺伝的疾患 (病名:) (誰:)

下記の病気にかかったことがある はい いいえ

高血圧 糖尿病 腎疾患 甲状腺疾患 てんかん

緑内障 精神疾患 原因不明の意識消失 その他 ()

既往歴 あり なし

いつ頃 (年齢)	病名・手術名	現在の状態	病院名
年 月 ()		治癒・治療中・放置	
年 月 ()		治癒・治療中・放置	
年 月 ()		治癒・治療中・放置	
年 月 ()		治癒・治療中・放置	

現在服用している薬がある はい いいえ

薬品名 _____

お薬手帳 あり なし

●輸血をしたことがある いいえ はい

●輸血が必要となった場合に、何か困ることがありますか? はい いいえ

●食品アレルギー なし あり (_____)

●薬品アレルギー なし あり (_____)

●アルコール消毒にアレルギー なし あり

●喘息 なし あり (____才で) (現在は 内服中 時々なる 治癒)

喘息になってから鎮痛剤や風邪薬で息苦しくなったことがある いいえ はい

●アトピー なし あり

●飲酒 飲まない 時々飲む ほぼ毎日飲む

●たばこ 吸わない 以前吸っていた 現在吸っている _____本/日