

～産婦人科問診票～

患者ID ()

氏名 () 年齢 () 歳 身長 () cm 体重 () kg

① 本日はどのようなご相談でしょうか？下記項目に○印を付けて下さい。

- ①妊娠の確認(分娩希望・中絶希望) ②不妊相談 ③生理不順 ④生理痛
⑤不正出血 ⑥おりもの(多い・臭い・色) ⑦外陰部(かゆみ・痛み・できもの)
⑧STD(性行為感染症) ⑨子宮筋腫 ⑩子宮内膜症 ⑪卵巣のう腫
⑫乳房(乳がん検診・乳腺炎) ⑬膀胱炎 ⑭更年期相談
⑮プラセンタ注射 ⑯子宮癌検診 ⑰月経移動 ⑱緊急避妊薬
⑲その他 ()

② 生理についてお聞かせ下さい。

初潮 () 歳 閉経 () 歳
最終月経 () 年 () 月 () 日 から () 日間
月経量(多・普通・少) 月経周期 () 日(順調・不順)
最後の子宮癌検診はいつですか？ ()

③ 結婚・妊娠・分娩についてお聞かせ下さい。

結婚について(結婚している・未婚・その他) 性交経験(ある・なし)
妊娠歴(ある・なし)

*妊娠歴のある方のみお答え下さい。

妊娠 () 回のうち・・・

出産 () 回 自然流産 () 回 中絶 () 回

	出産年齢		帝王切開の理由
第一子		普通分娩又は帝王切開	
第二子		普通分娩又は帝王切開	
第三子		普通分娩又は帝王切開	

④ 薬・食べ物等にアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

*「はい」の方のみ、内容を詳しくお書きください。

()

⑤ タバコは吸いますか？ (はい・いいえ) お酒は？ (飲む・飲まない)

⑥ 過去および現在治療中の病気・手術等についてお聞かせ下さい。

病名 () 年齢 () 歳 治療内容 ()

病名 () 年齢 () 歳 治療内容 ()

病名 () 年齢 () 歳 治療内容 ()

⑦ 当院を何で知りましたか？

ホームページ・看板・知人の紹介・通りがかり・口コミサイト

その他 ()