

産婦人科問診票

ID()

氏名： 年齢： 歳 身長： cm 体重： kg

■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。

妊娠の確認(分娩希望 ・ 中絶希望) / 不妊相談 / 生理不順 / 生理痛
不正出血 / おりもの(多い ・ 臭い ・ 色) / 外陰部(かゆみ ・ 痛み ・ できもの)
STD(性行為感染症) / 子宮筋腫 / 子宮内膜症 / 卵巣のう腫 / 膀胱炎
乳房(乳がん検診 ・ 乳腺炎) / 更年期相談 / プラセンタ注射 / 子宮癌検診
月経移動 / 緊急避妊薬 / ピル処方希望
その他()

■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？

■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： 歳 ⇒ 普通分娩・帝王切開(理由：)
○出産年齢： 歳 ⇒ 普通分娩・帝王切開(理由：)
○出産年齢： 歳 ⇒ 普通分娩・帝王切開(理由：)

■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。
()

■タバコは吸いますか？ はい ・ いいえ ■お酒は？ 飲む ・ 飲まない

■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：

■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()