

産婦人科 問診票

年 月 日

お名前 (才) 職業 身長 cm 体重 kg)

1 本日はどうなさいましたか 紹介状 なし・あり 体温 血圧

2 月経について

- ① はじめての月経 () 歳 (小・中学 年)
閉経 () 歳
- ② 1 番最近の月経開始日 年 月 日から 日間
その前の月経 年 月 日から 日間
- ③ 月経周期 () 日型 ・ 不順 ・ ・ ・ 月経開始日から次の月経開始日までの日数
- ④ 月経量 多い ・ 普通 ・ 少ない / 血のかたまり 出る ・ 出ない
- ⑤ 月経痛 あり (強い ・ 中位 ・ 弱い) ・ なし
- ⑥ 痛み止めを使用しますか はい ・ いいえ

3 子宮がん検診 なし ・ あり (最終検診日付 年 月)
病院名
結果 頸部 体部

4 結婚・妊娠・分娩について

- ① 結婚している (歳) ・ 離婚している ・ 再婚 (歳) ・ 同棲中 ・ 婚約中 ・ していない
- ② 性交渉の経験 ある ・ ない
- ③ 妊娠したことが ある ・ ない
- ④ 妊娠したことのあるかたは次にお答え下さい
分娩 () 回 自然流産 () 回 胎状奇胎 () 回
子宮外妊娠 () 回 人工妊娠中絶 () 回
- ⑤ 分娩経験のある方は表を埋めて下さい

第1子	西暦 年 (歳) の時	妊娠中の異常	なし・あり ()
	正常分娩・吸引分娩・帝王切開・()	出生体重 (g)	病院名 ()
第2子	西暦 年 (歳) の時	妊娠中の異常	なし・あり ()
	正常分娩・吸引分娩・帝王切開・()	出生体重 (g)	病院名 ()
第3子	西暦 年 (歳) の時	妊娠中の異常	なし・あり ()
	正常分娩・吸引分娩・帝王切開・()	出生体重 (g)	病院名 ()

5 今までにかかった主な病気, 受けた手術について教えてください (産婦人科以外も含む)

- ① 主な病気 () () 歳の時 () () 歳の時
- ② 手術 () () 歳の時 () () 歳の時
- ③ アレルギー体質 なし・あり () ④ 薬の副作用 なし・あり ()
- ⑤ ぜんそく既往 なし・あり ⑥ 輸血 なし・あり
- ⑦ 現在飲んでいる薬はありますか なし・あり ()

6 家族の中に病気の人がありますか いない ・ いる (遺伝病・高血圧・糖尿病・癌・その他)

7 夫(パートナー)について

(才) 職業 () 今までにかかった病気 ()