

# 産婦人科問診表

初診日 年 月 日

ふりがな		性別		職業	
氏名					
住所	〒			自宅	— —
				携帯	— —
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	年齢

お手数ですが、それぞれの項目にお答えください。

不明の点は受付でお問い合わせ下さい。

1. (1) あなたの身長 ( ) cm、 体重 ( ) kg、 血液型 ( ) 型、 Rh (D) ( )
- (2) 喫煙 (なし、あり 本/1日)、いつ頃から喫煙の習慣がありますか ( ) 歳
- (3) 飲酒 (なし、あり 量はどれくらいですか ( ) )

## 2. どうなさいましたか

- (1) 月経が止まった (妊娠の可能性 有 ・ 無 )
- (2) 月経の異常
- (3) おりもの異変 (色・臭い・量・かゆみ)
- (4) しこりがある (おなか・陰部・乳房)
- (5) 熱がある ( °C 日頃から発熱)
- (6) 痔、便秘、下痢
- (7) 尿が近い、残尿感、排尿時痛
- (8) 検診希望 (子宮頸癌検診・子宮体癌検診・乳癌検診・ブライダルチェック)
- (9) 不妊相談
- (10) 避妊の方法を知りたい、相談
- (11) ピル (アフターピル・生理日調整・低量ピル服用〈避妊・治療〉・相談)
- (12) アンチエイジング (プラセンタ療法希望)
- (13) 更年期症状 (ホルモン補充療法〈HRT〉・漢方療法・プラセンタ療法)
- (14) 漢方治療
- (15) その他 (内容をご記入ください)

裏面もご記入下さい



3. 現在服用中（飲んでいる）のお薬を教えてください。

- ( )  
( )  
( )

4. あなたの月経について

- (1) 初めて月経をみた年齢 ( ) 歳  
(2) 一番最近の月経（最終月経）は 年 月 日から 日間  
(いつもと同じ量、いつもよりかなり少ない、いつもよりかなり多い)  
(3) 月経周期は ( ) 日型  
(4) 月経は何日続きますか ( ) 日間  
(5) 月経の量は ⇒ 多い・普通・少ない  
(6) 月経の時の痛みは ⇒ ある・ない

5. あなたの結婚、妊娠、分娩について

- (1) 性交（セックス）の経験がありますか はい・いいえ  
(2) 結婚している はい（S・H・R 年 月 日）・いいえ  
(3) 妊娠したことがある方は次にお答えください。分娩（お産）

- |   |       |   |   |      |   |       |                   |
|---|-------|---|---|------|---|-------|-------------------|
| 1 | S・H・R | 年 | 月 | 日、妊娠 | 週 | g、男・女 | 正常・吸引・帝王切開（当院、他院） |
| 2 | S・H・R | 年 | 月 | 日、妊娠 | 週 | g、男・女 | 正常・吸引・帝王切開（当院、他院） |
| 3 | S・H・R | 年 | 月 | 日、妊娠 | 週 | g、男・女 | 正常・吸引・帝王切開（当院、他院） |
| 4 | S・H・R | 年 | 月 | 日、妊娠 | 週 | g、男・女 | 正常・吸引・帝王切開（当院、他院） |
- 人工妊娠中絶 ( 回) 自然流産 ( 回)

6. 今までにかかれた主な病気、受けられた手術について

- (1) 主な病気は ( ) ( ) 歳の時 / ( ) ( ) 歳の時  
(2) 手術は ( ) ( ) 歳の時 / ( ) ( ) 歳の時  
(3) 薬や注射、食べ物などでアレルギー（副作用）をおこした事がありますか  
はい ( ) ・いいえ  
(4) 緑内障や喘息にかかった事がありますか はい・いいえ  
(5) 輸血をした事がありますか はい・いいえ  
(6) 出血したとき、血はすぐに止まりますか はい・いいえ

7. ご家族の中に特別な病気の方がおられますか

はいの場合（遺伝病・高血圧・糖尿病・ガン・その他 )