

# 産婦人科外来問診票

平成 年 月 日

下記の質問に答えて受付にお渡し下さい。(あてはまるものに○印をつけて下さい)

※赤色のボールペンを使って御記入下さい。

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 (S・H 年 月 日) 年齢 才  
\_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
ご住所 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

## I どうなさいましたか

- |                      |               |   |
|----------------------|---------------|---|
| ① がん検診 (子宮、乳房)       | ⑫ しこり         | ⑲ 性生活の相談<br>(性機能、オーガズム障害等)                      |
| ② 妊娠検査               | (おなか、陰部、乳房)   | ⑳ 性感染症 (性病)                                     |
| ③ 分娩の希望 (当院、帰省)      | ⑬ 尿が近い        | ㉑ ピル (OC) 希望<br>・定期的な避妊薬希望                      |
| ④ 中絶の希望              | ⑭ 排尿のとき痛む     | ㉒ 緊急避妊 (EC) 希望<br>・生理調整用のピル希望<br>(旅行、試験などでの移動等) |
| ⑤ 月経が止まった            | ⑮ 熱がある ( °C)  | ㉓ 避妊リング希望                                       |
| ⑥ 月経の異常<br>(痛み、量、周期) | ⑯ 頭痛、めまい、のぼせ  | ㉔ 性同一性障害について                                    |
| ⑦ 月経と違った出血           | ⑰ 不眠、いらいら、肩こり | ㉕ 男女生みわけ希望                                      |
| ⑧ おりものが多い            | ⑱ 食欲がない、はきけ   | ㉖ その他<br>( )                                    |
| ⑨ 陰部がかゆい、痛い          | ⑳ 更年期障害の相談    |   |
| ⑩ おなか痛い              | ㉑ プラセンタ注射希望   |   |
| ⑪ 腰が痛い               | ㉒ 子供ができない     |   |

## II あなたの月経について

- ① はじめて月経をみた年齢 ( ) 歳 (小・中学 年)
- ② 何歳まで月経がありましたか ( ) 歳
- ③ 最近の月経はいつからでしたか  
平成 年 月 日から 日間 (その前の月経は 月 日から 日間)
- ④ 月経周期は ( ) 日型 ・ 不順  
※月経周期とは、前の月経が始まった初日から、次回の月経が始まるまでの日数のことです
- ⑤ 月経は何日位続きますか ( ) 日間
- ⑥ 月経の量は ( 多い ・ 普通 ・ 少ない )
- ⑦ 月経の時、痛みますか ( はい ・ いいえ )
- ⑧ 月経の時、他にどこか悪いところはありますか ( はい ・ いいえ )
- ⑨ 月経前の不快な症状はありますか ( はい ・ いいえ )

## III あなたの

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg 血液型 ( ) 型 RH ( + ・ - )

IV あなたの職業は ( ) ⇒裏面もご記入ください

## V 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 ・ 同棲中 ・ 婚約中 ・ 独身 )  
③ 妊娠したことがありますか ( はい ・ いいえ )

・はいの方は、次にお答えください。

人工妊娠中絶 ( ) 回

自然流産 ( ) 回

分娩	}	第1子	S・H	年	月	日	生まれ (正常・異常)
		第2子	S・H	年	月	日	生まれ (正常・異常)
		第3子	S・H	年	月	日	生まれ (正常・異常)
		第4子	S・H	年	月	日	生まれ (正常・異常)

妊娠分娩経過

異常の方は詳しく  
お書き下さい

## VI 今迄かかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外を含めてお書き下さい)

- ① 病気になったり、手術をうけたことがありますか ( はい ・ いいえ )

・はいの方は、次にお答えください。

主な病気は ( ) ( ) 歳の時

手術は ( ) ( ) 歳の時

- ② アレルギー体質と医師にいわれたことがありますか ( はい ・ いいえ )  
③ いままで使った薬や注射で副作用をおこしたことがありますか ( はい ・ いいえ )  
④ ぜんそくにかかったことがありますか ( はい ・ いいえ )  
⑤ 輸血を受けたことがありますか ( はい ・ いいえ )

## VII あなたの生活習慣について

- ① 飲酒の習慣がありますか ない ・ ある ( 強い、普通、弱い )  
② 喫煙の習慣がありますか ない ・ ある ( 1日 本 )  
③ 栄養補助食品をとっていますか いいえ ・ はい (品名 )

## VIII ご主人について

- ① 年齢 ( ) 歳 職業 ( )  
② 健康ですか ( はい ・ いいえ )  
③ 今迄にかかった病気は ( )

## IX ご家族の中に特別な病気の人がありますか

いる ( 遺伝病、高血圧、糖尿病、癌、その他 ) ・ いない

## X 当院をどのようにお知りになりましたか

- ① 紹介 ② 新聞広告 ③ タウンページ ④ インターネット ⑤ その他 ( )