産婦人科外来問診票

※待ち時間の間外出される方は、受付にお声かけください。 記入日　　年　月　日　BMI:

フリガナ		生年	T　S　H　R	身長	体重
氏名		月日	年　月　日(　才)	㎝	kg 妊娠前 kg
住所	〒 住民票のある市（　　）市				
電話番号	自宅：　　携帯：			職業：	
緊急連絡先	TEL：		氏名（続柄）　　（　　）		
結婚	未婚/婚約中/既婚(　　才の時)		血液型：A・B・O・AB　Rh 型(　　)		

【1】 本日来院された理由は何ですか？（当てはまるものにすべて○）

●妊娠の診察　（市販の検査薬にて　陽性　　月　　日　・陰性　・未使用）
　妊娠確定後は（　当院分娩希望　・　他院分娩希望　・　中絶希望　・　未定　）
　今回の妊娠は（　自然妊娠　・　不妊治療後妊娠→他院通院中の方、機関名：　　）
　つわりは（　ひどい　・　少し　・ほぼない　）
●月経の異常　・　不正出血　・　下腹部痛（いつから：　　頃から）
●性感染症検査　・　おりものの異常　・　外陰部の異常（いつから：　　頃から）
●更年期障害　　●子宮がん検診　　●不妊治療の相談（　基礎体温表　有　・無　）
●避妊の相談　・　ピルの希望　・　アフターピルの希望（性交日　　月　　日　　時頃）
●月経をずらしたい：　月　日～　月　日　の間を避けたい。次の月経は　月　日からの予定
●乳房の異常　　■その他（　　）

●具体的な症状、ご質問があればご記入下さい。

【2】 普段の月経についてお聞かせください。
・初潮はいつでしたか？（　　才頃）
・一番最近の月経、または閉経はいつでしたか？
（　年　　月　　日から　　日間、その前は　月　　日　から　日間・　閉経は　　才頃）
・普段の出血量は？（　多い　・　普通　・　少ない　）
・何日ごとにきますか？（　順調　　日周期　・　　不順　）
・月経痛は？（ない・我慢できる程度　・寝込むほどひどい：鎮痛剤の使用　有・無）

【3】 子宮がん検査を受けたことがありますか？
いいえ・はい（　　年　　月頃　　結果の異常：　　有・　無　　）

【4】 過去３ケ月以内に以下のことはありましたか？（当てはまるものにすべて○）
発熱　・　発疹　・　頸部リンパ節の腫れ・　風疹患者との接触
児童との接触が多い職場での就労　・　下痢　・　嘔吐　・　目の症状

【5】 妊娠・出産歴についてお聞かせ下さい。

・性交（セックス）の経験はありますか？（　いいえ　・　はい　）

・妊娠したことがありますか？

いいえ　・　はい＿＿回、そのうち自然流産＿＿回、中絶＿＿回

・分娩歴があれば、記入してください。

出生年月	体重	性別	分娩方法	週数	病院名
年　月	g	男・女	自然・吸引・帝王切開（予定・緊急）	週	
年　月	g	男・女	自然・吸引・帝王切開（予定・緊急）	週	
年　月	g	男・女	自然・吸引・帝王切開（予定・緊急）	週	
年　月	g	男・女	自然・吸引・帝王切開（予定・緊急）	週	

・過去分娩した児についてお聞きします。（当てはまるものにすべて〇）

肩甲難産・死産・新生児死亡・新生児仮死・Ｂ群溶連菌（ＧＢＳ）感染症
その他の異常（　　）

【6】 既往歴についてお聞かせください

・これまでかかった病気や治療中の病気はありますか？（当てはまるものにすべて〇）

特になし・高血圧・糖尿病・心臓疾患・肝疾患・腎臓疾患・呼吸器疾患・甲状腺疾患
消化器疾患・婦人科疾患・精神疾患・てんかん・血栓症・自己免疫性疾患・癌（　　）
性感染症・その他（　　）

具体的に

・現在、他院にて診察を受けていますか？　いいえ・はい：病院（　　）

・現在服用中の薬があれば記入してください。（薬剤名：　　）

・輸血を受けたことがありますか？　いいえ　・　はい（　　年　　月頃）

・血が止まりにくいと言われた経験はありますか？　いいえ　・　はい

・これまでに受けた手術があれば記入ください。

病名（　　）手術内容（開腹　・膣式　・腹腔鏡　・その他　）（　　）才の時
（　　）　（開腹　・膣式　・腹腔鏡　・その他　）（　　）才の時

【7】 蕁麻疹・アレルギーはありますか？

いいえ・はい　薬、注射（　　）・食べ物（　　）
花粉・アルコール・ゴム・金属・その他（　　）

【8】喘息はありますか？　いいえ・　はい（　最後の発作：　年　　月　吸入：有・無　）

【9】血縁者の中で何か特別な病気の方はいますか？（当てはまるものに〇）

いない・　いる（　糖尿病・高血圧・心臓病・肝炎・癌・遺伝病・精神疾患・その他　）

【１０】現在の飲酒・喫煙についてお聞かせください。

喫煙：　吸っている（　　本／日）　・禁煙した（　年　月頃から）　・吸っていない

飲酒：　飲む（週に　　回程度）　・　飲まない

【１１】ご主人（パートナー）についてお聞かせください。

年齢（　　才）　職業（　　）　血液型（　　）型　　持病　なし・あり（　　）