産婦人科問診票

ID：
記入日：　　年　　月　　日

フリガナ		旧姓	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
氏名					
住所	〒				
TEL	本人（　　-　　-　　）　緊急連絡先（　　-　　-　　続柄：　　）				
身長	cm	体重	kg	性交経験	あり　・　なし
結婚歴	既婚（西暦　　年）　・　未婚　・　入籍予定				
喫煙	なし　・　あり（1日　　本）			職業	

①生理について　初潮（　）歳頃　閉経（　）歳頃　最近の生理（　　月　　日から　　日間）

②本日はどうされましたか？　あてはまるものすべてにチェックしてください。

産科：☐妊娠判定　陽性日（　　月　　日）出産を希望しますか？（はい・いいえ・悩み中）分娩は（当院・他院・未定）
☐里帰り出産　予定日（　　月　　日）

婦人科：☐生理痛・生理不順　☐不正出血　☐おりもの（量・色・におい）　☐かゆみ
☐ピル（避妊・生理痛等の改善・生理日移動（　/　～　/　を避けたい）・アフターピル）
☐更年期症状　☐性病検査　☐不妊相談　☐その他（　　）

③妊娠について　**出産**（　）回　**流産**（　）回　**中絶**（　）回

〈 出産歴 〉

1.平・令　年（　）月（　）週　体重（　　）g　男・女　正・吸・帝　病院名（　　）
2.平・令　年（　）月（　）週　体重（　　）g　男・女　正・吸・帝　病院名（　　）
3.平・令　年（　）月（　）週　体重（　　）g　男・女　正・吸・帝　病院名（　　）

※吸引分娩/帝王切開でご出産の場合は理由を記入してください（　　）

〈 流産・中絶歴 〉

1.平・令　年（　）月 または（　）歳頃　初期・中期　流産・中絶
2.平・令　年（　）月 または（　）歳頃　初期・中期　流産・中絶
3.平・令　年（　）月 または（　）歳頃　初期・中期　流産・中絶

④病歴・手術歴・輸血歴はありますか？　☐なし　☐あり（　年　月：　　）

⑤服用中の薬はありますか？　☐なし　☐あり（薬：　　）
（病名：　　）

⑥薬や食べ物にアレルギーはありますか？　☐なし　☐あり（　　）

⑦子宮頸がん検診を受けたことはありますか？　☐なし　☐あり（　　年頃　）
※妊娠初期検査で受けた子宮頸がん検診も含みます。

⑧ご家族（血縁者）の病歴はありますか？　☐なし　☐あり（　　）