

# 産婦人科外来問診票

令和 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○をつけて下さい)

ふりがな  
お名前

生年月日 ( S ・ H ・ R 年 月 日) 年齢 才

ご住所

電話番号

携帯電話

## I どうなさいましたか

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

## 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  
令和 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、順調( )日型・不順 (短いときで ( 日) ~ 長いときで ( 日))  
※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 ) 離婚歴 ( あり・なし )  
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

流産 ( ) 回

子宮外妊娠 ( ) 回

妊娠分娩経過

異常の方は詳しく  
お書きください

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

## VI 今までにかかった主な病気、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、手術を受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 )  
⑥ 今迄にこころの不調が理由で医療機関を受診したことがありますか ( はい・いいえ )  
⑦ これまでに性被害(レイプ・わいせつ行為)にあったことがありますか ( はい・いいえ )  
⑧ 他に飲んでいる薬がありますか ( はい・いいえ )  
はいの方 ( )

## 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 今までにかかった病気は ( )

## 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(ホームページ・それ以外)  
⑤ 院長の講義を聴いて ⑥その他 ( )