

産婦人科 問診票

診察券 ID. _____

※18歳以下の方は、問診票が別になります。受付へお声がけください

年 月 日

ふりがな				昭和・平成・令和			未婚・結婚予定
氏名	生年 月日	年	月	日	職業	既婚(才)結婚	
電話	本人電話番号	緊急連絡先(続柄)			夫(パートナー)氏名・携帯番号		
住所	〒			身長 cm	体重 kg	血液型 型 RH(+ -)	平熱 ℃

以下の質問にお答えください(○でかこむか、必要事項を記入してください)

【1】本日はどのようなことで来院しましたか (紹介状 あり・なし)

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. 尿が近い・残尿感・排尿の時痛む・尿もれ | 11. 月経の異常 |
| 2. おりものが気になる、陰部のかゆみ・痛み | ・出血が止まらない・出血量が多い・出血量が少ない |
| 3. しこりがある(おなか・陰部) | ・月経不順・月経が止まった |
| 4. ガンの検査・熊谷市子宮がん検診 | ・月経前の症状が辛い |
| 5. 緊急避妊ピル【別紙の問診票の記入です】 | ・不正出血 |
| 6. 月経をずらしたい | 12. 妊娠の診察 |
| 7. 避妊の相談 | I、市販の妊娠検査薬での検査の有無 |
| 8. おなかが痛い | □検査していない |
| 9. 更年期症状の相談 | □検査あり→ 判定日 / (陽性・陰性) |
| 【別紙：簡略更年期指数用紙あります】 | II、他院にて妊娠確定している |
| 10. 子供がほしい・望児外来 | (予定日 年 月 日) |
| ・これまで不妊治療を受けたことは(ない・ある) | III、分娩先についてのご希望 |
| ・基礎体温表をつけていますか(いいえ・はい) | ①当院希望 ②里帰り(当院に・他院に) ③考え中 |
| | 13. その他(症状をご記入下さい) |

※マイナ保険証による診療報酬情報取得に同意しましたか(はい・いいえ)

【2】あなたの月経について

- 初潮(初めての月経)があったのは _____ 才 閉経は _____ 才
- 最近の月経はいつでしょうか _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 日間
- 月経周期 順調 _____ 日型 _____ ・ 不順 (周期とは月経開始日より次の月経開始の前日までの日数)
- 出血量は (少ない・ふつう・多い・かたまりがでる)
- 生理痛について

あるが我慢できる程度/薬が必要/痛くて寝込むほど/腹痛/腰痛/頭痛/吐き気/嘔吐/イライラ/その他

【3】子宮がん検診について

- 子宮頸がん検診を受けたことがありますか?
いいえ ・ はい → _____ 年 _____ 月頃 → 結果: 異常なし ・ 異常あり
- 子宮体がん検診を受けたことがありますか?
いいえ ・ はい → _____ 年 _____ 月頃 → 結果: 異常なし ・ 異常あり

裏面に続きます

【4】ご自身についておたずねします

1. 現在服用中の薬はありますか？

いいえ ・ はい → 薬品名 _____

2. これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか？ 婦人科以外も含めてご記入ください。

いいえ ・ はい → 病名 _____ 年齢 _____ 才の頃 / 治療中 ・ 完治

3. いままで手術や輸血をしたことがありますか？

いいえ ・ はい → 以下に記入して下さい

年齢	病名	どんな手術でしたか	病院名	輸血
才				あり・なし
才				あり・なし

4. タバコ (吸わない ・ 吸う方 _____ 本/日)

5. 飲酒 (飲まない ・ 時々 ・ 飲む _____ ml 程度/日・週・月)

6. ご自身の両親や兄弟姉妹で以下の病気の方はいますか？ 無 ・ 有り → () 内に貴方との続柄を記入してください

高血圧 () 糖尿病 () 癌 () 遺伝性疾患 () その他 ()

7. 診察・治療に際しての宗教上の制約はありますか？ なし ・ あり ()

【5】妊娠出産歴について

1. 性交(セックス)の経験はありますか？ (なし ・ はい)

2. 妊娠歴 なし ・ あり _____ 回

そのうち 人工中絶 _____ 回 自然流産(～22週まで) _____ 回 早産(22週～36週) _____ 回

3. 妊娠歴をご記入下さい(すべての妊娠について)

	年 月 日	週数	方法 (○をつけて下さい)	性別	出生体重	児の健康状態		分娩場所
						出産時	現在	
1	S・H・R 年 月 日	週	普通・帝王切開・流産等	男・女	g			当院・他院
2	S・H・R 年 月 日	週	普通・帝王切開・流産等	男・女	g			当院・他院
3	S・H・R 年 月 日	週	普通・帝王切開・流産等	男・女	g			当院・他院
4	S・H・R 年 月 日	週	普通・帝王切開・流産等	男・女	g			当院・他院

4. 上記妊娠中に下記の診断を受けましたか、また、入院はしましたか。

(妊娠高血圧症候群/妊娠糖尿病/切迫早産/頸管をしぼる手術/その他 _____)

【6】アレルギー体質はありますか？ (いいえ ・ はい)

(はい)とお答えの方 → ◎ 花粉症 ・ アトピー ・ その他 (_____)

◎ くすり・注射薬剤 (薬剤名 _____)

◎ 食物 (_____)

◎ その他 (_____)

ぜんそくにかかったことはありますか？ (いいえ ・ はい → 最終発作は _____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

【7】ご主人(パートナー)について教えてください

年齢 (_____ 才) 職業 (_____) 血液型 (_____ 型) RH (+ -) 身長 (_____ cm)

健康ですか はい ・ いいえ → 病名 _____

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します

☆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1(マイナ保険証なし)「4点」 加算2(マイナ保険証あり)「2点」