**産婦人科　問診票**

※**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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年  月日 | 昭和・平成・令和  　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　（　　　　　才） | | | 職  業 |  | | 未婚　・　結婚予定  既婚（　　　　才）結婚 | |
| 氏 名 |  | |
| 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 | 体重 | | | 血液型 | | 平熱 |
| ｃｍ | ｋｇ | | | 型　ＲＨ（＋ －） | | ℃ |

診察券ID.　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**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）**

11．月経の異常

・出血が止まらない・出血量が多い・出血量が少ない

・月経不順・月経が止まった

・月経前の症状がつらい

　　・不正出血

12．妊娠の診察

Ⅰ、市販の妊娠検査薬での検査の有無

□検査していない

□検査あり→　判定日　　　／　　（　陽性　・　陰性　）

Ⅱ、他院にて妊娠確定している

（予定日　　　年　　　月　　　日）

Ⅲ、分娩先についてのご希望

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）

１.　尿が近い・残尿感・排尿の時痛む・尿もれ

２．おりものが気になる、陰部のかゆみ・痛み

３．しこりがある（おなか・陰部）

４．ガンの検査・熊谷市子宮がん検診

５.　緊急避妊ピル**【別紙の問診票の記入です】**

６. 月経をずらしたい

７. 避妊の相談

８. おなかが痛い

9. **更年期症状の相談**

**【別紙：簡略更年期指数用紙あります】**

10．子供がほしい・望児外来

　　・これまで不妊治療を受けたことは （ない ・ ある）

　 ・基礎体温表をつけていますか （いいえ ・ はい）

※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**

　１．初潮（初めての月経）があったのは　　　　　才　　　閉経は　　　　　　才

　　　２．最近の月経はいつでしょうか　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　日間

　　　３．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）

　　　４．出血量は　（　少ない・ふつう・多い・かたまりがでる　）

　　　５．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**

　１. 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

　　　２. 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．いままでに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／頸管をしばる手術／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**

　　 年令（　　　　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」

さめじまボンディングクリニック