ＩＤ＿＿＿＿＿＿　　# 産婦人科問診票　　記載日＿＿＿＿＿＿

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿　身長＿＿＿cm　普段の体重＿＿＿＿kg

携帯電話＿＿＿＿＿＿＿＿　職業（　　）□無

◆本日はどうなさいましたか？

□妊娠診断
　妊娠検査をしましたか？（はい・いいえ）　　月　　日（陽性・陰性）
　＊今、つわりはありますか？（はい・いいえ）
　＊分娩場所は　（ 当院　・　里帰り予定　・　検討中 ）
　＊分娩予定日　　年　　月　　日　決まっている方のみ記入して下さい
□中絶希望（当院では妊娠中絶はしていません）

□月経の異常　□月経不順　□生理痛　□腹痛　□腰痛　□おりものがある
□不正出血がある(多　中　少)　□外陰部に痒み・痛み・できものがある
□子宮がん検診　□更年期症状　□健康診断・検診の再検査
□子宮が下がってくる　□不妊相談　＊過去に治療した事が（ある・ない）
□生理をずらしたい（期間　　）　□性病検査希望（自費の場合があります）
□避妊の相談（低用量ピル・アフターピル・避妊リング）（自費）
□他院より紹介（　　病院・クリニック）
□その他の相談（　　）

症状はいつ頃からありますか？約（　　）日・週間・ヶ月・年前から

◆月経歴についてお聞きします　初経＿＿才　閉経＿＿才

最終月経＿＿月＿＿日～＿月＿＿日　持続＿＿日間　月経周期＿＿＿日周期（順・不順）
月経量（少・中・多）　月経痛（なし・弱・中・強）
月経中に痛み止めを服用する（する・しない）

◆結婚していますか？（未婚・既婚・現在独身）
　＊未婚の方は、入籍の予定はありますか？（有・無）
　＊夫（パートナー）の職業は（　　）□無　＊夫（パートナー）年齢＿＿才

◆性交渉の経験（有・無）　◆最終子宮がん検診＿＿＿年　結果の異常（有・無）

◆過去の妊娠・分娩について該当する項目を記入してください。
初産年齢＿＿才　妊娠＿＿＿回　分娩＿＿＿回
自然流産＿＿回　人工流産＿＿回　子宮外妊娠＿＿回

| 年/月/日 | 週数 | 出生体重 | 性別 | 分娩方式 | 生産・死産 | 病院名 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 年　月　日 | | | 男・女 | 正常・帝王切開 | 生　死 | 当院・他院（　　） |
| 年　月　日 | | | 男・女 | 正常・帝王切開 | 生　死 | 当院・他院（　　） |
| 年　月　日 | | | 男・女 | 正常・帝王切開 | 生　死 | 当院・他院（　　） |

◆ご自身の両親又は兄弟姉妹に以下の病気の方はいますか？
　□高血圧　□糖尿病　□がん　□その他　□遺伝性の病気（病名　　）
◆あなたの信仰する宗教は　□無　□有：＿＿＿＿＿＿