

【産婦人科 問診票】

受診日： 年 月 日

お名前： _____ 生年月日： _____ 年 月 日 年齢： _____ 歳
身長： _____ cm 体重： _____ kg (妊娠中の方は妊娠前の体重)

※当てはまる項目に○を付けてください

★マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

いいえ・はい

★他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ・はい

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をお願ひいたします。

① 本日はどうされましたか？

不正出血 おりもの 生理痛が重い 下腹部痛 腰痛 生理不順 生理が来ない

更年期症状 PMS かゆみ 膀胱炎 乳房の痛み・しこり 乳頭異常分泌

妊娠したい その他 (_____)

＜以下の項目は自由診療(保険適用外)になります＞

子宮がん健診 乳癌健診 避妊相談・避妊用ピル アフターピル希望 生理をずらしたい

産み分け指導(男の子/女の子を希望) 妊娠かもしれない/妊婦健診

② 今までに何か病気にかかったり、手術を受けたことはありますか？

婦人科の病気 (子宮筋腫 子宮内膜症 子宮奇形 卵巣腫瘍 性感染症 その他)

喘息(小児喘息含む) 糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞/脳出血 肝臓病 腎臓病 甲状腺 血栓症

自己免疫疾患 てんかん 精神疾患 血液疾患 悪性腫瘍 手術(_____) その他(_____)

③ 現在使用中のお薬はありますか？(おくすり手帳をお持ちの方はお見せ下さい)

なし・あり (_____)

④ 今までに薬や食品等でアレルギー症状が出たことはありますか？

なし・あり (薬: _____ 食物: _____ その他(金属・ラテックス等): _____)

⑤ 歯科麻酔でアレルギー症状が出たことはありますか？ なし・あり・歯科麻酔をしたことがない

⑥ ご自身の祖父母・両親・兄弟姉妹に以下の病気を持った方がいらっしゃいますか？

子宮癌 卵巣癌 乳癌 前立腺癌 膵臓癌 高血圧 糖尿病 血栓症 突然死 遺伝性疾患

⑦ 今までに性交渉の経験はありますか？ なし・あり

⑧ 今までに妊娠したことはありますか？

なし・あり (分娩 _____ 回、流産 _____ 回、中絶 _____ 回、子宮外妊娠 _____ 回、胞状奇胎 _____ 回)

⑨ 子宮癌検診を受けたことはありますか？ なし・あり(_____ 年 _____ 月 異常なし・異常あり)

⑩ 乳癌検診を受けたことはありますか？ なし・あり(_____ 年 _____ 月 異常なし・異常あり)

⑪ この1年間で健診(特定健診 または 高齢者健診)を受けましたか？

なし・あり(指摘事項: _____)

⑫ 生理についておたずねします。

初めての生理: _____ 歳頃 閉経された方: _____ 歳頃

生理は順調ですか？ 順調(_____ 日周期) ・ 不順

生理の量(少ない・普通・多い) 生理痛(なし・軽い・鎮痛剤が必要)

最近の生理はいつ頃ありましたか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 日間

その前の生理はいつでしたか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 日間

※妊娠中、または妊娠の可能性がある方は裏面もご記入下さい。

【妊娠の可能性がある方の問診票】

受診日： 年 月 日

お名前： _____

年齢： _____ 歳

⑬ 妊娠の確認についてお聞きします。

市販の妊娠検査薬を使いましたか？ しない ・ した（検査日： _____ 判定： 陽性・陰性）
他院で妊娠の確認をしましたか？ しない ・ した（受診日： _____ 病院名： _____）
基礎体温表をつけていますか？ つけていない ・ ついている

⑭ 今回の妊娠成立についておたずねします。 自然妊娠 ・ 不妊治療後の妊娠

⑮ 現在結婚していますか？

入籍している（歳）・ 入籍予定あり ・ 入籍していない ・ 事実婚/内縁 ・ 血族結婚

⑯ 喫煙・飲酒についておたずねします。

タバコ（電子タバコを含む）は吸いますか？

吸わない ・ 以前吸っていた（頃から禁煙） ・ 現在吸っている（本/日）

お酒は飲みますか？

飲まない ・ 時々飲む ・ ほぼ毎日（1日量：何を 約 ml・本） ・ 妊娠判明後に止めた

⑰ 葉酸を摂取していますか？ 摂取していない ・ 摂取している（妊娠前から ・ 妊娠判明後より）

⑱ ペットを飼っていますか？ 飼っていない ・ 飼っている（種類： _____）

⑲ 過去に輸血を受けたことがありますか？ なし ・ あり（歳 理由： _____）

⑳ ご本人・パートナーの風疹抗体検査や、風疹ワクチン接種はお済みですか？

抗体検査： ご本人 （していない・した） パートナー （していない ・ した）

風疹ワクチン接種： ご本人 （していない・した） パートナー （していない ・ した）

㉑ 同居しているご家族にB型肝炎ウイルスのキャリア（持続感染）の方はいますか？ いる ・ いない

㉒ 過去の妊娠についてお聞きします。

今回が初めての妊娠

過去に妊娠したことがある：妊娠 回

人工中絶 回 自然流産 回 子宮外妊娠 回 胞状奇胎 回

経腔分娩 回（うち 吸引分娩 回 鉗子分娩 回）

帝王切開分娩 回

妊娠中・分娩時・分娩後の合併症

早産 妊娠糖尿病 妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症） 常位胎盤早期剥離 ヘルプ症候群

肩甲難産 癒着胎盤 胎盤異常（前置胎盤など） 分娩時大量出血（ml）

産後高血圧 産後うつ その他の異常（_____）

㉓ 過去に分娩した児についてお聞きします。

出生体重 2500g 未満 出生体重 3500g 以上 黄疸 B 群溶連菌（GBS）感染症 分娩時外傷

新生児仮死 先天性の病気（_____） 死産 新生児死亡 その他（_____）